

Freie Universität Berlin

Fachbereich Politik- und Sozialwissenschaften

Institut für Sozial- und Kulturanthropologie



## **Masterarbeit**

zur Erlangung des akademischen Grades eines Master of Arts an der Fakultät für Politik- und Sozialwissenschaften der Freien Universität Berlin

### *Online-Psychotherapie.*

*Über die Wahrnehmung des Therapieerlebens bei einer virtuellen Psychotherapie zur Zeit der Covid-19-Pandemie.*

Erstgutachter\*in: Prof. Dr. Thomas Stodulka

Zweitgutachter\*in: Prof. Dr. Birgitt Röttger Rössler

Eingereicht von: Franziska Günther

Eingereicht am: 19. April 2022

*„Es ist nicht das Gleiche. Das ist so wie ein Butterbrot mit Butter oder mit Margarine. Aber ich würde immer Butter der Margarine vorziehen. Es funktioniert auf eine Art nicht so perfekt wie das andere. Aber es ist großartig, dass es das überhaupt gibt.“*

(Alex – Patient\*in)

# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung</b>	<b>4</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>2 Forschung, Methoden und Reflexionen</b>	<b>6</b>
2.1 Feldzugänge	6
2.2 Methoden & Techniken	8
2.3 Das virtuelle Forschungsfeld	10
2.4 Analogien zum Forschungsfeld	11
<b>3 Das Konzept einer Psychotherapie</b>	<b>13</b>
3.1 Therapiegesetze	13
3.2 Die Ausbildung	14
3.3 Der Ablauf therapeutischer Sitzungen	16
<b>4 Darstellung des Datenmaterials</b>	<b>18</b>
4.1 Die Forschungsteilnehmer*innen	19
4.2 Die therapeutische Beziehung	22
4.2.1 Hierarchie und Reziprozität des medizinischen Umfeldes	24
4.2.2 Vertrauen in die Profession	27
4.2.3 Entgegensetztes Interesse und soziales Verständnis	28
4.3 Körperlichkeit in einer virtuellen Umgebung	31
4.3.1 Die Bedeutung des Praxisraums	31
4.3.2 Technische Aspekte und Herausforderungen im virtuellen Raum	34
4.3.3 Formen der Kommunikation	37
4.3.4 Methoden und eingeschränkte Wirksamkeit	46
4.4 Besonderheiten im eigenen Wohnraum	49
4.4.1 Der Hinweg	49
4.4.2 Einflüsse auf das Erleben	53
4.4.3 Der Rückweg	57
4.4.4 Therapierende in Privaträumen	59
<b>5 Diskussion</b>	<b>63</b>
<b>6 Fazit</b>	<b>71</b>
<b>7 Literaturverzeichnis</b>	<b>73</b>

## **Danksagung**

Ein ganz besonderer Dank geht an dieser Stelle an all meine Gesprächspartner\*innen für ihre Zeit, ihr Interesse an meiner Arbeit und dem Teilen ihrer ganz persönlichen Wahrnehmungen und Empfindungen. Ich danke euch für alle Einblicke, die ihr mir gewährt habt! Zu dieser Arbeit beigetragen haben auch die zahlreichen Gespräche mit Freund\*innen und Bekannten, die Therapieerfahrungen machen konnten, wenn auch nicht online, und mich an ihren Eindrücken teilhaben ließen.

Meinen Betreuer\*innen Prof. Dr. Thomas Stodulka und Prof. Dr. Birgitt Röttger Rössler gilt mein Dank für die vertrauensvolle Unterstützung und die hilfreichen Anmerkungen und Ratschläge. Prof. Dr. Hansjörg Dilger danke ich für die Anregungen bei der Vorbereitung der Forschung selbst.

Außerdem möchte ich allen danken, die mit ihrer Unterstützung und Resonanz und bei unzähligen Gesprächen und Diskussionen diese Arbeit verfolgt und geprägt haben. Dabei gilt ein besonderer Dank Christian, der mir bei der Themenfindung von Anfang an mit Literatur und psychologischem Fachwissen zur Seite stand. Für konstruktive Hinweise, ein erstes Sichten des Textes und einen Gedankenaustausch danke ich Frauke. Danke an Erik für das Motivieren, Aushalten, die aufgewendete Zeit und Mühe. Ein besonderer Dank geht auch an Mario für das Korrekturlesen.

Meine Freund\*innen haben den Prozess der Entstehung und Ausgestaltung der Arbeit sowie meine Zweifel, Verunsicherungen und Ungeduld in den diversen Stadien der Arbeit mitgetragen.

# 1 Einleitung

Digitale Medien und softwarebasierte Umgebungen sind zu einem elementaren Bestandteil des alltäglichen Lebens geworden, sowohl in privaten als auch in öffentlichen Bereichen. Besonders verstärkt wurde dieses Phänomen im März 2020, als sich pandemiebedingt viele nicht-medialisierte und in materiellen Räumen verankerte Aktivitäten in eine virtuelle Umgebung verlagerten. Dieser Umstand galt zum Teil auch für psychotherapeutische Sitzungen, denen sich diese Arbeit widmet. Aus dieser neuen Situation ergaben sich Fragen bezüglich der Anwendbarkeit von Therapietechniken im Rahmen einer Online-Psychotherapie, dem Entstehen neuer virtueller Handlungsräume sowie nach dem Einfluss des virtuellen Raumes auf die Therapieerfahrungen von einzelnen Personen und auf die Beziehung zwischen Patient\*innen und Therapeut\*innen bei dieser Settingverschiebung. Zur Untersuchung dieser Aspekte wurde im Rahmen einer Feldforschung die Auswirkung der Wahrnehmung von therapeutischen Beziehungen sowie das Therapieerleben in Bezug auf die Verschiebung von psychotherapeutischen Sitzungen in ein virtuelles Setting untersucht.

In dieser Masterarbeit wird die Entwicklung und der Ablauf der Forschung beschrieben, Feldzugänge werden skizziert sowie Methoden dargelegt. Im dritten Kapitel folgen eine knappe theoretische Einbettung der rechtlichen Grundlagen einer Psychotherapie in Deutschland sowie eine knappe Darstellung von beispielhaften Abläufen. Den Kern dieser Arbeit bildet das vierte Kapitel, welches der Darstellung der erhobenen Daten dienen soll. Nach einer Vorstellung einiger Gesprächspartner\*innen folgt der Fokus auf die Besonderheiten der therapeutischen Beziehung. Es folgt die Betrachtung der den Räumlichkeiten zugeschriebenen Bedeutung und der Auswirkungen der in den Räumen erlebten eingeschriebenen Handlungs-normen für Individuen. Dieses Kapitel schließt mit dem Fokus auf den Wechsel, vom Praxis-raum in den privaten und virtuellen Raum, der sich nicht nur auf Patient\*innen beschränkt.

Weil der in dieser Arbeit untersuchte Forschungsgegenstand erst vor kurzer Zeit an Relevanz gewonnen hat, gibt es innerhalb der Disziplin der Sozial- und Kulturanthropologie nur wenige Schriften und Debatten. Aus diesem Grund stütze ich mich im Folgenden vor allem auf Quellen dem psychologischen und philosophischen Diskurs, um das aus dem Datenmaterial generierte Wissen zu belegen und zu kontextualisieren. So finden sich auch in der folgenden Diskussion Belege aus anderen Disziplinen, wobei einer knappen Darstellung der Entwicklung von raum-theoretischen Ansätzen die Konzepte der *Affective Arrangements* und *Affective Milieus* folgen, um alltägliche Affektbeziehungen in sozialen Interaktionen, wie denen innerhalb einer Online-Psychotherapie, zu betrachten.

## **2 Forschung, Methoden und Reflexionen**

In diesem Kapitel werde ich meine Vorgehensweisen bezüglich meiner Forschung erläutern. Meine Bestrebungen, mir einen Feldzugang zu erarbeiten, und mein Vorgehen innerhalb des Forschungsablaufes sollen im Folgenden erläutert werden, auch wie ich meine Daten erhoben habe und welche Schlussfolgerungen sich daraus ableiten lassen.

### **2.1 Feldzugänge**

Der pandemischen Lage geschuldet führte ich meine Forschung von zu Hause aus durch. Somit erfolgte mein Kontakt zu potenziellen Gesprächspartner\*innen hauptsächlich auf digitalem Weg: per E-Mail, mit Instant-Messaging-Diensten und in sozialen Medien. Dabei war es mir ein Anliegen, sowohl die Wahrnehmungen von Patient\*innen als auch der behandelnden Personen in Erfahrung zu bringen.

Um einen ersten Zugang zu meinem Feld herzustellen, schrieb ich im Oktober und November 2020 fast 100 Psychotherapeut\*innen in Berlin und Umgebung an. Dabei entnahm ich die Kontaktdaten Listen, die im Internet auf Webseiten zur Suche nach Therapeut\*innen zu finden waren. Nach einer Vorstellung meines Forschungsvorhabens fragte ich bei diesem Erstkontakt mit der therapierenden Person, ob diese ihre psychotherapeutischen Sitzungen online anbieten würden. Zu diesem Zeitpunkt machte ich keine weitere Unterscheidung zwischen Abrechnungsverfahren, therapeutischer Spezifikation und Methoden oder anderen Aspekten, da ich mir vorerst alle Möglichkeiten offenhalten wollte. Auf meine Anschreiben erhielt ich fünf Rückmeldungen von Therapeut\*innen, wobei es sich ausschließlich um Absagen handelte.

Also kontaktierte ich im nächsten Schritt Menschen aus meinem Freundes- und Bekanntenkreis persönlich und fragte, ob sie selbst oder ihnen bekannte Personen Erfahrungen mit einer Psychotherapie in einem virtuellen Format gemacht hatten. Entweder erhielt ich keine Antworten oder den Hinweis, dass die angesprochene Person niemanden kenne. Weiterhin wurde mir, wenn Menschen eine Therapie wahrnahmen, mitgeteilt, dass sich diese nicht in einen virtuellen Raum verschoben habe.

Um meinen Zugang zu erweitern, versuchte ich im Januar 2021, Kontaktpersonen im Internet zu finden, und meldete mich in diversen Foren sowie Facebookgruppen an. In diesen kontaktierte ich die Administrator\*innen, stellte mich vor und bat darum, in einem Post nach Interessierten für ein Interview fragen zu dürfen. Zwar wurde auf meine Anfragen stets freundlich reagiert, aber dennoch musste ich feststellen, dass mir viel Misstrauen entgegengebracht wurde. Trotz einer transparenten Darstellung meines Forschungsvorhabens,

waren die Personen skeptisch hinsichtlich dessen, was ich von ihnen wissen möchte. Administrator\*innen von Gruppen nannten mir ihre Bedenken, dass ich unsensibel mit den Menschen interagieren könnte, die betroffenen Personen triggern oder nach zu sensiblen Inhalten fragen würde.

Nach einiger Zeit und Teilhabe an Diskussionsbeiträgen ergaben sich zwei Kontakte mit Patient\*innen, welche zu dieser Zeit eine telefonische Psychotherapie in Anspruch nahmen. Ein Telefonat oder Videogespräch mit mir lehnten sie ab. Stattdessen unterhielt ich mich schriftlich mit ihnen über ihre Erfahrungen und Wahrnehmungen. Diese Vorgehensweise stellte ich aus unterschiedlichen Gründen recht schnell wieder ein: zum einen war es mir nicht möglich, eine gewisse Ebene und Tiefe in den Gesprächen zu erreichen. Zum anderen erzählten mir Personen von ihren privaten Problemlagen und den Inhalten ihrer Therapien, jedoch war ein Gespräch über die Therapieerfahrung an sich nicht möglich.

Mehrfach erreichten mich Nachrichten von Gruppenmitgliedern, in denen sie mich darum baten, ihnen psychologische Unterstützung zu geben. Trotz der wiederholten Erläuterung meiner Position und des eindeutigen Hinweises darauf, dass ich kein therapeutisches Fachpersonal bin und auch in keiner Weise als solches fungieren kann, nahmen diese Anfragen nicht ab. Um mich selbst zu schützen und zu distanzieren, zog ich mich immer weiter aus diesen Gruppen zurück.

In einer Gruppe, die sich aufgrund von Corona gebildet hatte, kam ich mit Robin in Kontakt. Robin fungierte als Gruppenadmin und war beruflich als psychologisch beratende Person tätig. Robin nutze virtuelle Treffen schon seit vielen Jahren und erklärte sich zu einem Videochat bereit, wodurch ich Anfang Februar mein erstes Interview führen konnte.

Bei meinen weiteren Recherchen stieß ich auch bei YouTube auf Videos von Menschen, die ihre Erfahrungen in Bezug auf virtuelle Therapie auf dieser Plattform teilten. Neben einigen Videos von Krankenkassen und psychologischen Apps, stieß ich auf das Video einer therapierenden Person. Auf meine Anfrage nach einem potenziellen Interview erhielt ich wegen zu hoher Auslastung erneut eine Absage, aber einen Verweis auf eine App, für welche die behandelnde Person eine Zeit lang gearbeitet hatte. Um meinen Fokus nicht zu verschieben, brach ich nach einigen Recherchen die Auseinandersetzung mit diesen Apps wieder ab und entschied mich gegen die Kontaktaufnahme.

Stattdessen unternahm ich im Februar 2021 einen weiteren Versuch Gesprächspartner\*innen zu finden und schrieb in diesem Zusammenhang 23 Ausbildungsinstitute für praktische

Psychotherapie in Berlin an. Auch hier erhielt ich kaum Rückmeldungen und konnte keine an einem Interview interessierte Menschen finden.

Im späteren Forschungsverlauf stellte sich heraus, dass die meisten Menschen, mit denen ich in Kontakt trat, bis Ende 2020 ihre Psychotherapie-Sitzungen in Praxen erlebten. Dies kann ein Grund dafür sein, weshalb nach dem nächsten Versuch, an meinem Bekanntenkreis heranzutreten, mehr Rückmeldungen bei mir ankamen. Bei diesem Versuch schrieb ich die Menschen nicht direkt an, sondern verfasste einen Text mit prägnanten Informationen zu meinem Forschungsvorhaben und teilte diesen in meinen persönlichen sozialen Netzwerken wie Facebook und Instagram. Diesmal konnte ich beobachten, wie mein Post geteilt wurde und ich einige Reaktionen von mir bekannten und unbekannt Menschen erhielt.

Weiterhin kamen zu dieser Zeit nun auch vereinzelt Menschen auf mich zu, denen ich Wochen vorher von meinem Forschungsvorhaben berichtet hatte, und vermittelten mir Kontakte. Ab diesem Zeitpunkt konnte ich meine Beobachtungen mit dem Führen von Interviews ergänzen.

## **2.2 Methoden & Techniken**

Da sich die Forschung über mehrere Monate erstreckte, mussten Feldzugänge organisiert, die geführten Interviews verarbeitet und gesammelte Informationen gespeichert werden. Während meiner Forschung diente mir ein Forschungstagebuch dazu, meine Kontakte pragmatisch zu organisieren. Zu Beginn meiner Forschung sammelte ich außerdem meine Gedanken, Eindrücke sowie Überlegungen schriftlich in diesem Forschungstagebuch und später auch dezentraler als Notizen in meinem Handy, auf Merktzetteln oder in Form von Sprachmemos, um jederzeit Gedanken festzuhalten. Ich organisierte mich weiterhin mit diversen Excel-Tabellen; eine Vorgehensweise, die für mich sehr gut funktionierte. Weiterhin wäre die Verwendung von Emotionstagebüchern sicherlich sehr hilfreich gewesen (Stodulka 2021; Stodulka et al. 2019). Dieses Konzept war mir zum Zeitpunkt meiner Forschung leider nicht bekannt.

Eine ständige Reflexion über mein Feld sowie meine Erfahrungen und meine Daten fand durch sehr viele Gespräche mit Freund\*innen statt. Dabei handelte es sich um Menschen mit einem Hintergrund in Sozial- und Kulturanthropologie, Psycholog\*innen oder fachfremde Personen, wodurch ich diverses Feedback und Anregungen für meinen Reflexionsprozess erhielt. Dies half mir dabei, meine Gedanken und Erkenntnisse einzuordnen oder weiterzuentwickeln.

Im Laufe meiner gesamten Forschung führte ich mit insgesamt elf Patient\*innen und zwei Therapeut\*innen je ein semi-strukturiertes leitfadengestütztes Interview, welches sich in der



Regel über eine bis zwei Stunden erstreckte. Vereinzelt Folgeinterviews bezogen sich in der Regel auf entstandene Fragen beim Transkribieren und beliefen sich meistens auf Gespräche mit der Dauer von einer halben Stunde. Dabei zeichnete ich den Großteil der Interviews mit Hilfe meines Smartphones auf und erfragte vorher die Zustimmung für die Aufzeichnung. In der Regel machte ich mir während der Interviews weitere Notizen. Aufgrund der Entfernung oder wegen Kontaktbeschränkungen führte ich eine Vielzahl der Interviews mit Hilfe von internetbasierten Instant-Messaging-Diensten wie Skype, Discord oder Zoom und nutze dabei die Funktion der Videotelefonie. Die Wahl der jeweiligen Plattform überließ ich in der Regel meinen Gesprächspartner\*innen. Zwei dieser Gespräche fanden telefonisch statt, weil die entsprechenden Personen die Videotelefonie ablehnten. Drei weitere Menschen konnte ich bei einem Spaziergang in Berlin, Leipzig und Kiel treffen. Mein methodisches Vorgehen orientierte sich dabei unter anderem an dem Handbuch von Bernard (2006), Beer (2020) und Spradley (2011).

Die nun als Audiodateien vorliegenden Interviews kodierte ich allesamt mit Hilfe des Programmes MAXQDA, mit welchem ich anschließend auch eine Kodierung vornahm. Dieser Prozess erstreckte sich über einige Wochen. Jedoch war es mir bei diesem Vorgehen nicht möglich, mein Material in Verbindung zu setzen oder epistemisches Wissen zu generieren. Ich orientierte mich im weiteren Verlauf unter anderem an dem Beitrag „*Some Methods for Studying Cultural Cognitive Structures*“ von D’Andrade (2005) und verlagerte außerdem meinen Kodierungsvorgang auf Papier, indem ich ausgedruckte Interviews markierte, beschriftete, Mindmaps erstellte und wiederholt mein Datenmaterial sichtete und anschließend wieder Abstand suchte. In jedem Interview arbeitete ich Kernaussagen heraus, die ich später unter Schlagwörtern mit anderen Interviews sammelte. Von dieser Grundlage aus arbeitete ich für meine Gesprächsgegenüber relevante Thematiken aus und baute darauf diese vorliegende Arbeit auf.

Während dieser Prozesse orientierte ich mich an der Fragestellung: Wie wirkt sich ein virtuelles Setting auf (die Beziehung zwischen) Patient\*innen und Therapeut\*innen während einer Therapiesitzung aus? Ich wählte die Formulierung bewusst sehr offen, um mich in meinem Feld weiterhin explorativ bewegen zu können und um keine Informationen von vornherein zu exkludieren.

Eine besonders schwere Aufgabe im Prozess des Kodierens und Schreibens der Arbeit ergab sich für mich durch die mir zugeschriebene Autorität, zu entscheiden, wer durch die in dieser Arbeit aufgeführten Zitate zur Sprache kommt. Mit diesem Vorgehen kommt mir eine Machtposition zu, mit der ich einer Deutungshoheit über das geistige Eigentum meiner

Informant\*innen unterliege (Clifford 1983). Durch wiederholte Rücksprachen mit meinen Gesprächsbeteiligten sowie eine andauernde Reflexion meiner Daten während des gesamten Forschungs-, Auswertungs- und Schreibprozesses habe ich mich um einen angemessenen Umgang mit der Problematik bemüht. Dennoch handelte es sich um einen emotional herausfordernden Prozess, in allen Aspekten sowohl wissenschaftlich fundiert als auch ethisch korrekt und gleichermaßen lebensnah darzulegen, was mir mein Feld an Erfahrungen zur Verfügung stellte; vor allem in Bezug auf das Wahrnehmen und den Umgang mit Informationen, die sich mir in performativer oder impliziter Art offenbarten und nicht im transkribierten Text. Weiterhin unterliegen die Interpretationen des Materials auch immer den Erfahrungen und Lebenswirklichkeiten der forschenden Person (Stodulka 2021). Ethnografisches Wissen ist immer situiert und positioniert, so Haraway (1988). Diese Spannung greift auch Le Compte auf und führt sie unter anderem darauf zurück, dass wir dazu neigen, die Dinge als Daten zu erfassen, die für uns einen Sinn ergeben oder unser Interesse wecken. Weiterhin führt Le Compte aus, dass: *„Selectivity cannot be eliminated, but it is important to be aware of how it affects data collection, and hence, the usefulness and credibility of research results. To develop such awareness, people collecting data should be aware of the effects of both tacit and formative theory.“* (LeCompte 2000, S. 146). Eine Feldforschung beinhaltet somit nicht nur eine pragmatische Wiedergabe von gewonnenen Fakten, sondern vielmehr affektive und emotionale Dimensionen, die von Anfang an und nicht erst mit dem ethnografischen Schreiben vorherrschen (Stodulka 2021).

### **2.3 Das virtuelle Forschungsfeld**

Die Feldforschung ist ein zentrales Mittel, um in der natürlichen Umgebung der Forschungspartner\*innen empirische Daten zu erheben. Jedoch führten Einschränkungen der Mobilität und die Reduktion von Kontakten zu einer Begrenzung der Umsetzung der teilnehmenden Beobachtung – einer Methode innerhalb der Feldforschung, mithilfe derer Kenntnisse über das Verhalten oder über die Auswirkungen des Handelns von Personen erlangt werden können. Da sich mein Forschungsinteresse auf einen virtuellen Raum bezieht, stellte sich mir die Frage, inwieweit ich in meinem Feld präsent sein kann, ohne vor Ort zu sein? Inwieweit wäre es mir ohne die pandemische Lage möglich gewesen, innerhalb meiner Forschung *teilnehmen* zu können?

Therapierende konnte ich nicht in ihren Praxen besuchen; sei es wegen Corona oder auch einer viel zu großen Entfernung von meinem Wohnort zu den Praxen. Andererseits war es mir aus den gleichen Gründen auch bei den meisten Patient\*innen nicht möglich, sie in ihren

Wohnräumen zu interviewen oder diese zumindest besuchen zu können. Sind diese Räume doch in der Zeit der Online-Therapie meist die alternativen Praxisräume. Der Besuch der Praxen oder der Wohnungen wäre ohne eine pandemische Situation leichter organisierbar gewesen. Eine Teilnahme oder Anwesenheit an einer therapeutischen Sitzung ist jedoch per sé kaum umsetzbar. Annehmbar ist, dass es ohne Kontaktbeschränkungen möglich gewesen wäre, die Personen vor und nach ihrer Sitzung zu begleiten, um Rituale oder Handlungen miterleben zu können.

## **2.4 Analogien zum Forschungsfeld**

Meine Forschung fand fast gänzlich online statt – also von zu Hause und von meinem Schreibtisch aus, also unter ähnlichen Bedingungen, wie die Therapie für die von mir befragten Personen. Es ergaben sich also reichlich Analogien im Erleben. Eine Herausforderung sah ich darin, mein Feld als solches abzustecken, weil keine räumliche Trennung vorhanden war. Stattdessen wechselte ich mehrfach am Tag von meinem Alltag in mein Forschungsfeld und von dort in meinen Job und wieder zurück. Alles fand an meinem PC statt. Es fiel mir schwer, mich mental in mein Feld einzulassen, da ich mich körperlich nicht hineinbegeben konnte. Es fehlte der Anfahrtsweg zu Gesprächsteilnehmenden oder zu Veranstaltungen. Dieser Umstand machte auch eine zeitliche Abgrenzung oder einen Rückzug aus dem Feld schwer.

Ähnlich wie bei einer therapeutischen Sitzung wussten einige Personen vor unserem Gespräch kaum etwas von mir, so wie auch Therapierende für die Behandelten immer reichlich fremd bleiben und vorrangig von sich und ihren Wahrnehmungen berichten. Meine Forschung führte ich, wie geschildert, vor allem mit Hilfe von Videogesprächen durch und somit auf die gleiche Art und Weise, wie meine Gesprächspartner\*innen auch ihre Psychotherapie wahrnahmen. Wir nutzen also ähnliche Medien für die Kommunikation, wir teilen ähnliche Erfahrungen mit technischen Problemen und wir hatten keine Vorbereitungszeit, die sich üblicherweise aufgrund von Fahrtwegen ergab. Es machte viele geschilderte Aspekte somit für mich in gewisser Weise erlebbar. So auch die eingeschränkte Wahrnehmung der Körpersprache meiner Gegenüber.

Bei allen Formaten konnte ich Unterschiede sowie verschiedene Vor- und Nachteile wahrnehmen. So konnte ich mit Menschen per Videogespräch auch über weite Entfernungen hinweg in Kontakt treten. Zwar sah ich von den Menschen jeweils nur einen Ausschnitt, doch auch dieser half mir dabei, einen besseren Eindruck von der Person zu gewinnen. Bei einigen konnte ich so auch einen kleinen Teil ihres Wohnraumes wahrnehmen oder mir zeigen lassen, den ich ohne die pandemische Lage hätte besuchen können, anstatt ihn nur durch die Kamera zu betrachten.

Bei einem der beiden telefonischen Interviews kannte ich die Person vorher nicht. Dies führte dazu, dass ich mich stärker auf die Stimme und das gesprochene Wort konzentrierte und mich nicht von visuellen Wahrnehmungen beeinflussen oder sogar ablenken ließ. Hingegen nahm ich diese visuellen Aspekte bei den Spaziergängen umso stärker wahr, konnte ich doch den Menschen, mit dem ich sprach, im Ganzen sehen, seinen Habitus besser wahrnehmen und auch auf Nuancen in der Stimme oder auf entstehende Pausen besser eingehen. Zwar war es mir bei den Spaziergängen nicht so gut möglich Notizen zu machen, dafür, so war es mein Eindruck, erzählten meine Gegenüber lockerer, freier und zum Teil auch detaillierter. Die Gespräche ließen eine etwas privatere Atmosphäre zu, da kein Medium zwischengeschaltet war, wodurch mehr Ausschweife seitens der Erzählenden zu verzeichnen waren.

Weiterhin fiel es mir oft schwer, Pausen auszuhalten oder zu setzen. Gleiches wurde mir auch von meinen Gesprächspartner\*innen in Bezug auf ihre Therapieerfahrungen berichtet. Besonders zum Tragen kamen diese Aspekte, wenn ich mein Gegenüber vorher nicht kannte und dadurch stärker auf die Wahrnehmung des Habitus angewiesen war. Ich lernte, bei Unklarheiten beharrlicher nachzufragen oder andere Formulierungen zu wählen. Dies führte zu detaillierten Beschreibungen und stärker reflektierten Antworten. Weiterhin gab es in diesen Gesprächen weniger Ablenkungen durch äußere Einwirkungen, wie beispielsweise bei Spaziergängen.

Während meiner Forschung hatte ich oft das Gefühl, nur durch eine Trennwand – meinen Bildschirm – beobachten zu können; eine Art Observation aus sicherer Distanz anstatt einer direkten Teilnahme. Es war also nötig, dass ich mir viele beobachtbare Phänomene beschreiben ließ. Während dadurch meine potenziellen Erkenntnisse begrenzt wurden, verursachte dieses Hinnehmen von deskriptiven Schilderungen weiterhin in mir ein Gefühl einer gewissen passiven Rolle. Das gesprochene Wort erhielt durch dieses Vorgehen eine besondere Gewichtung.

Zwar war das Erleben mit einer körperlichen Anwesenheit in Praxen oder Wohnräumen bei meiner Forschung kaum gegeben, jedoch handelte es sich bei meinem Feld um einen Raum sozialer Beziehungen, der sich online abspielte und somit auch in diesem Rahmen für mich in Teilen erfahrbar wurde. Die Verschiebung in einen virtuellen Kontext brachte Aspekte mit sich, aus denen sich für mich ein autoethnografischer Ansatz als Methode ergab. Ich sammelte und reflektierte, so wie meine Gesprächspartner\*innen, also meine Praktiken in Bezug auf die Nutzung digitaler Kommunikation. Dabei hängen diese eigenen Praktiken stark von den äußeren Umständen und der eigenen Sozialisation ab und sind somit an persönliche

Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata (Bourdieu 2018) gebunden. Die daraus resultierenden diversen Ansichten über bestimmte Umstände der Verschiebung einer Therapie in eine virtuelle Umgebung wird im Kapitel über das Datenmaterial genauer betrachtet.

### **3 Das Konzept einer Psychotherapie**

Der Begriff der Psychotherapie wird wörtlich mit „Behandlung der Seele“ übersetzt oder als Behandlung von seelischen Problemen verstanden. Dabei gibt es diverse psychologische Methoden, welche dabei zu Anwendung kommen: psychotherapeutische Gespräche, Entspannungsverfahren oder kognitive Methoden. Mithilfe dieses Vorgehens sollen Störungen<sup>1</sup> mit Krankheitswert des Denkens, Handelns und Erlebens in einer Therapie identifiziert und therapiert werden, so zum Beispiel Depressionen, Ängste, Essstörungen, Zwänge oder psychosomatische Erkrankungen, welche die Gedanken, Gefühle und das Verhalten eines Menschen so beeinflussen, dass seine Lebensqualität eine Beeinträchtigung erfährt (Psychotherapie-Informationsdienst).

#### **3.1 Therapiesetze**

Berufsrechtlich ist Psychotherapie im Deutschen Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) gemäß § 1 Abs. 2 PsychThG folgendermaßen erläutert: Die „Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich geprüfter und anerkannter psychotherapeutischer Verfahren oder Methoden berufs- oder geschäftsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist.“ In Deutschland ist es auch gestattet, mit einer Ausbildung der Heilkunde eine Psychotherapie gemäß § 1 Abs. 2 HeilprG anzubieten: Die „Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen“.

Diese beiden Auszüge aus Gesetzestexten machen deutlich, dass Psychotherapie beim Vorhandensein zweier Aspekte als hilfreich anzusehen ist: bei Störungen sowie bei Leiden. Dabei handelt es sich um unterschiedliche Herangehensweisen, da bei einer Störung die Sicht auf eine Person gerichtet wird, deren Verhalten im gesellschaftlichen Kontext als auffällig oder gestört angesehen wird. Das Leiden hingegen, oder auch der Leidensdruck, bezieht sich auf die subjektive Wahrnehmung der empfindenden Person. Es handelt sich bei der Zuschreibung einer

---

<sup>1</sup> Störungen werden in diesem Kontext als erhebliche Abweichung im Erleben oder Verhalten eines Menschen verstanden, wobei von einer Sozialisation im eurozentristischen Sinn ausgegangen wird.

Störung also um eine Außenperspektive, während der Leidensdruck eine Innensicht beschreibt (Slunecko 2017, S. 11).

Dem Leidensdruck, also dem subjektiven Erleben der Patient\*innen, wurde sowohl von diesen als auch von den Therapeut\*innen, mit denen ich sprach, eine große Bedeutung zugeschrieben. Je höher dieser Druck ist, desto stärker wird auch die Motivation, bei den Betroffenen eine Veränderung herbeizuführen; er steigert somit die Therapiemotivation. Die persönliche Wahrnehmung spielt also eine wichtige Rolle. Nur wenn eine Therapie selbst gewollt ist, kann sie erfolgreich sein (Nittel 2017, S.18f.). Je größer die Motivation ist, sich mit den eigenen Problemen auseinanderzusetzen und an diesen zu arbeiten, desto wahrscheinlicher ist es, in einer Therapie Ziele zu erreichen. Dabei wird bei einer ambulanten Psychotherapie allerdings eine gewisse körperliche sowie geistige Stabilität der betroffenen Person vorausgesetzt (Psychotherapie-Informationsdienst, Willi 2005, S. 70f.).

### **3.2 Die Ausbildung**

Oft gibt es im umgangssprachlichen Kontext Unklarheiten über die korrekten Bezeichnungen der behandelnden Person, und sie werden gleichbedeutend verwendet. Jedoch existieren gravierende Unterschiede zwischen der Ausbildung und der Arbeitsweise von Psycholog\*innen, Psychotherapeut\*innen und Psychiater\*innen.

Im deutschsprachigen Raum ist der Beruf des „Psychologischen Psychotherapeuten“ durch das Psychotherapeutengesetz geregelt. So sieht das in Deutschland seit dem 1. Januar 1999 geltende Recht vor, dass neben Ärzt\*innen nur Psycholog\*innen (bzw. für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auch [Sozial-]Pädagog\*innen) nach erfolgreicher Absolvierung einer staatlich anerkannten Therapieausbildung in einem spezifischen psychotherapeutischen Verfahren die Approbation erhalten. (Slunecko 2017, S. 13).

Als Psycholog\*in gilt, wer einen Abschluss im Fach Psychologie absolviert hat. Psycholog\*innen setzen sich mit dem menschlichen Erleben, wie den Gedanken und Gefühlen, sowie dem Verhalten auseinander und versuchen dieses zu beschreiben, zu erklären, vorherzusagen und zu ändern. Durch das akademische Studium erwerben angehende Psycholog\*innen in verschiedenen Gebieten der Psychologie wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse und ein umfangreiches Wissen über menschliches Denken und Fühlen, Lernen und Verhalten und auch darüber, wie man menschliches Verhalten beeinflussen kann. Psychotherapeut\*innen hingegen üben Psychotherapie praktisch aus. Dabei kann es sich um Psycholog\*innen, also „Psychologischer Psychotherapeut\*innen“ oder um Mediziner\*innen, sogenannte „Ärztliche Psychotherapeut\*innen“ handeln. Beiden ist es, die entsprechende

Ausbildung vorausgesetzt, erlaubt, Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene zu behandeln. Nach ihrer medizinischen oder psychologischen Grundausbildung muss eine zusätzliche mindestens dreijährige psychotherapeutische Ausbildung abgeschlossen werden, die für die eigenverantwortliche Ausübung der Psychotherapie qualifiziert.

Hervorzuheben ist: Die so ausgebildeten Psycholog\*innen verwenden keine Medikamente. Der Behandlungsansatz liegt auf der Unterstützung der Patient\*innen mit psychologischen Mitteln. Es wird angestrebt, die psychische Erkrankung durch eine bewusste Auseinandersetzung mit ihren Ursachen und durch gezieltes Einüben neuer Verhaltensweisen zu überwinden. Falls eine organische Erkrankung mitbehandelt werden muss oder wenn bei einer psychischen Erkrankung eine Kombination von psychologischer und medikamentöser Therapie notwendig ist, arbeitet der Psychologische Psychotherapeut mit Ärzt\*innen zusammen.

Dabei kann es sich unter anderem um Psychiater\*innen handeln. Diese sind Fachpersonal für seelische Erkrankungen oder Störungen. Sie betrachten psychologische Probleme von einer körperlichen Perspektive. In der Regel liegt diesem Beruf ein Studium der Medizin zu Grunde, in dem sich mit den Funktionsweisen und den Erkrankungen des menschlichen Körpers auseinandergesetzt wurde und der Behandlung dieser mit Medikamenten. Die Psyche des Menschen spielt in diesem Zusammenhang eine untergeordnete Rolle. Nach dem Abschluss des Medizinstudiums folgt eine mehrjährige Facharztausbildung zum Psychiater in einer medizinischen Einrichtung, in deren Verlauf spezielle Kenntnisse über Entstehung und Verlaufsformen von Krankheiten des Geistes und der Seele erworben und gelernt werden. Es gilt, diese Krankheiten zu erkennen und in der Regel mit sogenannten Psychopharmaka zu behandeln.

Es ist also die psychotherapeutische Zusatzausbildung, die bestimmte Berufsgruppen dazu berechtigt, Psychotherapie auszuüben sowie die Bezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ zu verwenden. Bei dem Begriff „Psychotherapeut“ handelt es sich um eine geschützte Bezeichnung, die als solche von anderen Therapeut\*innen nicht genutzt werden darf. Zwar ist es auch Heilpraktiker\*innen gestattet zu praktizieren (Amrhein 2013). Sie dürfen aber den Terminus „Psychologischer Psychotherapeut“ nicht führen und nutzen aus diesem Grund zum Beispiel die Bezeichnung „Praxis für Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz“.

### 3.3 Der Ablauf therapeutischer Sitzungen

Eine Internettherapie, die via Videokonferenzsystem stattfindet, entspricht der klassischen Form der Face-to-Face-Therapie am meisten. Die Kommunikation findet synchron statt und, anders als bei einer telefonischen Therapiesitzung, werden auch nonverbale Informationen übertragen. Dass Psychotherapien auf Basis von Bildtelefonie bisher seltener umgesetzt und erforscht wurden als andere internetbasierte Therapieformen, erklärt der Psychologe Thomas Berger folgendermaßen: „Erstens wurden Internetbreitbandanschlüsse und internettaugliche Kameras, die für diese Therapieform erforderlich sind, erst in jüngerer Zeit zum Standard. Zweitens müssen für videokonferenzbasierte Therapien Systeme von externen Anbietenden wie Skype verwendet werden, deren Abhörsicherheit und Datenschutz infrage gestellt wird. Die Entwicklung eigener abhörsicherer Videoübertragungssysteme ist aufwendiger und komplizierter.“ (Berger 2015, S. 62).

Wer eine Psychotherapie über eine gesetzliche Krankenkasse in Anspruch nehmen möchte, kann sich einer psychoanalytischen Therapie, einer psychologisch fundierten Therapie oder einer Verhaltenstherapie unterziehen. Andere Verfahren, die auch als wissenschaftlich abgesichert gelten, werden bei ambulanten Behandlungen nicht übernommen. Dazu zählen unter anderem die Gesprächstherapie, die Gestalttherapie sowie die systemische Familientherapie. Da das meiste psychotherapeutische Fachpersonal durchaus methodenübergreifend arbeiten, kann man dennoch von verschiedenen Therapieformen profitieren. Zwar ist es wichtig Therapieformen zu unterscheiden, im Folgenden wird diesem Umstand in meiner Forschung aber aufgrund des Umfangs keine große Relevanz zukommen. Um herauszufinden, welche Therapieform für die Linderung von Symptomen und die Arbeit an psychischen Problemen erfolgversprechend erscheint, wird ein Erstgespräch bzw. eine psychotherapeutische Sprechstunde aufgesucht. Um eine solche zu vereinbaren, können Therapeut\*innen im Internet, im Telefonbuch oder über psychologische Beratungs- und Hilfsdienste gefunden werden. Einige Krankenkassen geben auch Listen mit in der Nähe befindlichen Praxen aus.

Bei einem Erstgespräch bittet die therapierende Person die Patient\*innen in der Regel darum, möglichst frei von Problemen zu erzählen, ohne sich dabei zu sehr auf eine Chronologie oder Ähnliches konzentrieren zu müssen. Fragen an die hilfeschuchende Person können dabei sehr allgemein und weit gefasst sein, weil Therapeut\*innen bei dieser Unterhaltung erfahren möchten, wie das Gegenüber seine Wahrnehmungen schildert. Anschließend wird den Patient\*innen in der Regel mitgeteilt, ob seitens der Behandler\*in eine Behandlung stattfinden kann. Das kann davon abhängen, ob die Symptome mit dem angebotenen



psychotherapeutischen Verfahren behandelbar sind, ob ggf. eine andere Fachrichtung sinnvoller erscheint, ob sich die Therapeut\*in eine Zusammenarbeit mit der Patient\*in und den Problemen vorstellen kann oder ob dies wegen Befangenheit oder anderer persönlicher Gründe nicht möglich ist und ob eine ausreichende Therapiemotivation vorhanden scheint. Aber auch Patient\*innen sollen diese erste Sitzung für sich nutzen, um zu erfahren, ob sie das Gefühl haben, mit dem erläuterten Ablauf der Behandlung konform zu sein und ob dieser ihrer Persönlichkeit entspricht. Weiterhin ist es von großer Relevanz, ob die zu therapierende Person das Gefühl hat, dass ihr die Therapeut\*in helfen kann und ob die „Chemie“ stimmt. So berichtete Toni, von der Möglichkeit zu wählen: *„Er hat gesagt: Du pass auf, wenn's nicht passt - du sachst das einfach und kannst dir auch jemand anders suchen.“* Und auch Momo berichtete von der Bedeutsamkeit, sich das passende Gegenüber zu suchen: *„Ein Tipp, den ich ganz oft gehört habe, ist so: geh nicht zur erstbesten Therapeutin. Du musst gucken, dass du auch wirklich mit dieser Person vibest.“* Dabei ist der Umstand ausgeklammert, dass ein akuter Mangel an im kassenärztlichen System zugelassenen Behandelnden vorherrscht und somit eine Auswahl häufig kaum möglich ist.

Im Zentrum dieser ersten Sitzungen stehen also die Abklärung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sowie die Aufdeckung von zu bearbeitenden Themenfeldern und die Sammlung von diagnostischen Sachverhalten, um auf Basis dieser ein Gutachten für die Kostenübernahme verfassen zu können. Dazu dienen auch die insgesamt fünf folgenden sogenannten „probatorischen Sitzungen“, die bei der Krankenkasse ohne größeren bürokratischen Aufwand beantragt werden können und die Wartezeit bis zum eigentlichen Therapiebeginn überbrücken (Propach 2017).

Ein zentraler Unterschied, der sich zwischen einer online vermittelten Psychotherapie und einer konventionellen Therapie ergibt, bezieht sich auf den Aufbau einer therapeutischen Beziehung. Die Interaktion von Patient\*innen und Behandelnden findet bei einer online vermittelten Psychotherapie nicht im gleichen Raum statt, sondern in einer medienvermittelten Umgebung (Knaevelsrud et al. 2016, S. 20). Diese digitale Medienunterstützung wurde innerhalb des Berufsfeld der Psychotherapeut\*innen in den letzten Jahren kontrovers diskutiert. Dabei bezog sich der Diskurs vor allem auf den schriftlichen und zeitversetzten E-Mail-Kontakt, der ohne nonverbale Signale auskommen muss. Eine Änderung ergab sich am 1. April 2019 durch die Öffnung der Abrechnung von Videosprechstunden für Psychotherapeut\*innen. Jedoch vorerst nur für maximal 20 Prozent ihrer Patient\*innen. Die Corona-Pandemie führte eine Beschleunigung der Umstände herbei, sodass am 25. März 2020 die Kassenärztliche

Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Gespräche während der Corona-Pandemie auch per Videotelefonat gestatteten. In diesem Zusammenhang sind auch Telefonbehandlungen realisierbar, um Patient\*innen eine Versorgung anbieten zu können, die über mangelnde technische Voraussetzungen und Kompetenzen für eine Videotelefonie verfügen (Eichenberg 2020, S. 69f.).

Bei allen Menschen, mit denen ich sprach, wurden die laufenden Behandlungen während der Corona-Pandemie per (Video-)Telefonie weitergeführt. Die sich daraus ergebenden Setting-änderungen nahmen einen unmittelbaren Einfluss auf die therapeutische Beziehung. „Während umfangreiche Literatur über die entscheidende Rolle der therapeutischen Beziehung in der Face-to-face-Psychotherapie existiert, ist die Forschung über die therapeutische Allianz bei Internetinterventionen noch begrenzt“, schreibt die Psychologin Eichenberg. Sie verweist weiterhin darauf, dass hinreichend Belege für den Aufbau einer stabilen und positiven therapeutischen Beziehung existieren. Hingegen ist auf empirischer Basis wenig darüber bekannt, wie Therapeut\*innen und Patient\*innen diese Settingwechsel erleben (Eichenberg 2020, S. 73f.).

#### **4 Darstellung des Datenmaterials**

Dieses Kapitel dient der Darlegung von Aspekten, denen meine Gesprächspartner\*innen während unserer Interviews viel Aufmerksamkeit zukommen ließen. Dabei werde ich in den folgenden Unterkapiteln häufig meine Informant\*innen sprechen lassen, um ihre Ansichten möglichst unverfälscht darstellen zu können. Nach einer knappen Vorstellung einzelner Forschungsteilnehmer\*innen wird auf die Besonderheit der therapeutischen Beziehung aus Patient\*innenperspektive eingegangen. Dabei sind Aspekte wie eine im medizinischen Kontext verankerte Hierarchie sowie das Vertrauen in die Profession der Therapierenden von Bedeutung. Zu Beginn meiner Untersuchungen bin ich mit der Frage nach den Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung in mein Feld gegangen. Es kristallisierte sich aber im Forschungsverlauf immer stärker die Bedeutung von Räumlichkeiten heraus, weshalb die Betrachtung von Zusammenhängen mit diesen im zweiten Teil dieses Kapitels im Zentrum stehen. Diesbezüglich werden die Auswirkungen, die eine virtuelle Umgebung mit sich bringen kann, betrachtet. Sie reichen von technischen Aspekten, der Beschneidung der zwischenmenschlichen Kommunikation bis hin zur Umsetzbarkeit von therapeutischen Methoden. Darauf aufbauend wird deutlich, wie die Verschiebung einer therapeutischen Sitzung in eine virtuelle Umgebung auf die Wahrnehmung der Individuen einwirkt. Dabei sind

es nicht nur therapierte Personen, die einen Wechsel der Räumlichkeiten erfahren haben, sondern auch Therapierende, die sich in ihren Privaträumen zeigten.

#### **4.1 Die Forschungsteilnehmer\*innen**

Es ergab sich, dass alle Patient\*innen, mit denen ich sprach, ihre Therapie bereits vor dem Auftreten der Corona-Pandemie begonnen hatten. Die Dauer der Therapieerfahrungen reichte von wenigen Monaten bis hin zu acht Jahren.

In den meisten Fällen sprachen die Menschen offen über ihre persönlichen Wahrnehmungen und Eindrücke. Jedoch gingen meine Gesprächspartner\*innen ganz unterschiedlich mit dem Themenfeld um. So blieben einige Antworten eher sachliche Beschreibungen von Abläufen, während andere Menschen versuchten, ihre emotionale Disposition zu einzelnen Aspekten zu vermitteln.

Die Intensität der mit mir geteilten Emotionen stand dabei in keinem Zusammenhang mit meiner Bekanntheit zu diesen Personen zum Zeitpunkt der Gespräche. So kannte ich einige meiner Gesprächspartner\*innen bereits vor Beginn der Forschung, andere waren mir vor dem jeweiligen Interview völlig fremd.

Bei vielen meiner Gesprächspartner\*innen war es mir nicht möglich, eine Auskunft über die sozioökonomischen Hintergründe zu geben. Dies war dem Umstand geschuldet, dass ich manche der Personen selbst nur in einem virtuellen Kontext getroffen habe. Weiterhin schienen mir Angaben zur Geschlechtsidentität, dem genauen Alter oder dem Bildungsabschluss schlichtweg nicht relevant für das Verstehen der Wahrnehmungen der Patient\*innen. Aus diesem Grund sind in der folgenden Arbeit alle Personen pseudonymisiert dargestellt, indem jeder Mensch einen geschlechtsunspezifischen Namen erhalten hat. Zusammenfassend lässt sich jedoch erwähnen, dass alle Personen in Deutschland oder einem anderen europäischen Land sozialisiert sind und in Deutschland einen Zugang zu einer therapeutischen Behandlung haben. Dieser Umstand spiegelt sich in den Aussagen und dem Blick auf das Konzept von Psychotherapie wider.

Nicht alle meine Gesprächspartner\*innen, mit denen ich während meiner Forschung in Kontakt trat, kommen in dieser Arbeit direkt zur Sprache. Einige der geführten Gespräche trugen zu einem indirekten Wissen bei, welches als implizites Wissen in mein Datenmaterial einfluss. Zum tiefergehenden Verständnis möchte ich exemplarisch im Folgenden ausgewählte Interviewpartner\*innen mit repräsentativen und unterschiedlichen Kontexten vorstellen.

Mein erstes Interview mit Patient\*innen führte ich im Rahmen dieser Forschung im Februar 2021 mit Alex. Da wir von einer mir bekannten Person vermittelt wurden, kannten wir uns vor unserem Gespräch nicht. Für das Interview trafen wir uns an einem Februarabend virtuell, wir nutzten das Videotelefonie-Programm *Skype*. Als sich die Kamera einschaltete, konnte ich das Gesicht und einen Teil des Oberkörpers einer Person Mitte 20 sehen. Alex saß in der Küche der alleinbewohnten Wohnung in Bochum. Ich wurde sehr freundlich begrüßt und Alex meinte recht bald zu mir: „*Kannst mich alles fragen, bin für alles offen*“. Obwohl wir uns nie zuvor gesehen haben, kamen wir schnell in ein fließendes Gespräch und stiegen ins Thema ein. Alex hatte die ersten Erfahrungen mit einer Psychotherapie bereits im Jahr 2013 gesammelt und begann, nach einer längeren Pause, die derzeitige Therapie 2019 – zuerst eine Verhaltens- und diesmal eine Traumatherapie. Diese Form der Therapie ist intensiver als andere Verfahren, weshalb Alex in manchen praktischen Anwendungsbereichen während der Therapiesitzungen besondere Einschränkungen im virtuellen Format erfahren hat. Zum Zeitpunkt unseres Gespräches hatte Alex, aufgrund der pandemischen Lage, bereits sechs Sitzungen über eine spezielle Webseite für medizinische Zwecke mit Videotelefonie-Funktion wahrgenommen.

Remy hingegen konnte ich bei einem Spaziergang in Berlin treffen. Hinzu kam, dass wir gut miteinander befreundet sind und ein reales Treffen sich aus diesem Grund besser umsetzen ließ. Für mich trug dieser Umstand zu einer einfacheren Planung sowie weniger Anspannung vor dem Gespräch bei. Allerdings kannte ich wegen unserer freundschaftlichen Beziehung einige Antworten auf meine Fragen, bevor ich diese stellte. Dies forderte mir in einem anderen Maß eine gewisse Konzentration ab, während wir durch einen Berliner Kiez spazierten. Remy hatte eine erste Therapie drei Jahre vor unserem Gespräch beendet und nahm die zweite Therapie, eine Schematherapie, seit November 2020, im Alter von 27, in Anspruch. Die erste Therapie sowie das Erstgespräch der zweiten Therapie hatte Remy in Praxisräumen erleben können. Seit der zweiten Sitzung der zweiten Therapie hat sich das Therapiesetting in den virtuellen Raum verschoben. Remy wohnt alleine, zog aber zur Zeit des zweiten Lockdowns in die Wohnung ihrer Eltern in einer Stadt in Nordrhein-Westfalen. Da ich den Wohnraum, einen Teil des Freundeskreises und durch Erzählungen oder gemeinsame Erlebnisse viel vom Umfeld von Remy kenne, war es für mich häufig leichter zu verstehen und zu kontextualisieren, was Remy mir erzählte.

Dani kannte ich vor unserem ersten Videotelefonat nicht. Mit Unterbrechungen hat Dani Therapieerfahrung seit 2015 und erlebte, wie alle andern auch, eine Verschiebung der Therapie in einen virtuellen Kontext aufgrund der Covid-19-Pandemie. Nach zwei telefonischen

Sitzungen wurde die Therapie ebenfalls per Videogespräch fortgeführt. Aufgrund einer jahrelangen Erfahrung in einem Callcenter brachte Dani eine sensibilisierte Wahrnehmung für den Kontakt per Telefon in unser Gespräch ein. Wegen eines ausgeprägten Lipödems ist es Dani nicht mehr möglich, die Treppen zur Praxis der therapierenden Person hinaufzugehen. Stattdessen fuhr Dani mit einem Fahrdienst zu einem Eiscafé, in dem, weil es barrierefrei gestaltet war, die Therapiesitzung einige Male stattfand. Auch diese Erfahrungen prägten Danis Wahrnehmung auf das Therapiegesehen. Dani lebt in einer kleinen Wohnung in Düsseldorf in einer Beziehung, wodurch es vorkommen kann, dass während der Therapiesitzung eine weitere Person im Raum anwesend ist. So war es auch bei unserem Interview.

Kim traf ich ebenfalls online, aber über Discord – ein Onlinedienst, der auch für Videokonferenzen genutzt werden kann, aber ursprünglich für Computerspielende geschaffen wurde. Auch wir kannten uns zuvor nicht und sahen uns zum ersten Mal über die Kamera. Ich blickte in ein ernstes Gesicht, in einem eher karg gestalteten Raum. Das Medium der Videotelefonie nutzt Kim im Alltag nicht, sondern machte in diesem Fall für mich eine Ausnahme. Stattdessen zieht Kim den telefonischen Kontakt vor. Auch mit der behandelnden Person gab es in Kims analytischer Therapie, die seit Ende 2019 läuft, ungefähr 10 bis 15 Therapiestunden auf telefonische Weise. Da Kim allein wohnt und zur Zeit unseres Gespräches ohne eine tägliche Beschäftigung war, gaben vor allem die Gesprächstermine einmal pro Woche Halt und Routine.

Eine zweite Perspektive auf die Thematik, aus Sicht einer therapierenden Person, erhielt ich in meinem Gespräch mit Oli. Mit einer entsprechenden Ausbildung arbeitet Oli als praktische Psychotherapeut\*in einer psychiatrischen Suchtambulanz, also in einem Krankenhaus, in dem Patient\*innen alle vier bis sechs Wochen einmal zum Gespräch erscheinen. Oli beschrieb es nicht als klassische Psychotherapie, sondern mehr stabilisierendes Vorgehen mit stützenden Gesprächen, bis die Betroffenen einen Psychotherapieplatz gefunden haben. Das besondere dieser Ambulanz ist die Ausrichtung auf eine interkulturelle Therapie. Da Oli im spanischen Sprachraum sozialisiert ist, finden Therapien auf Deutsch, Englisch oder Spanisch statt. Hauptsächlich arbeitet Oli mit Menschen mit Migrationshintergrund, wobei Dolmetscher\*innen für Arabisch, Persisch oder andere Sprachen hinzugezogen werden müssen. Auch bei einem virtuellen Umfeld. Auf diesen speziellen Umstand kann in dieser Arbeit aus Platzgründen leider nicht genauer eingegangen werden.

In der folgenden Darstellung meines Datenmaterials werden nicht alle meine Gesprächspartner\*innen gleichermaßen zu Wort kommen, da sich gewisse Themen bei allen wiederfinden

oder sich in den diversen Interviews gewisse Schwerpunkte herausbildeten. Weiterhin strukturiere ich im Folgenden meine Ergebnisse thematisch und nicht nach der Reihenfolge des Gesagten in den Gesprächen. In den Zitaten wurden „Ähms“ sowie Wortwiederholungen, die den Inhalt nicht verstärken oder dem Verständnis nicht zuträglich sind, entfernt.

## **4.2 Die therapeutische Beziehung**

Bei vielen professionellen Behandlungen gehen Patient\*innen zu sogenannten Spezialist\*innen und erhalten nach der Schilderung ihrer meist körperlichen Leiden eine Anleitung zum Lindern oder Beheben ihrer Beschwerden. Im Rahmen des therapeutischen Dialoges erlernen die Behandelten unter Anleitung, ihre seelischen Leiden selbstständig lindern zu können. Diese Prozesse sind langwieriger und benötigen in einem hohen Maß die aktive Teilhabe der Patient\*innen und eine besondere, intensive Beziehung zur behandelnden Person. Die persönlichen Vorlieben sowie der eigene Charakter führen dazu, dass nicht jede\*r Therapeut\*in zu allen Patient\*innen passt um umgekehrt.

Seit den 1980er Jahren herrscht ein allgemeiner Konsens von vielen Anthropolog\*innen (Davies 2019) sowie Psycholog\*innen vor, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung für den Erfolg oder Misserfolg einer Psychotherapie entscheidend ist, unabhängig davon, welches Verfahren die behandelnde Person vertritt und welche Methoden konkret verwendet werden. In mehreren empirischen Studien wurde ein Zusammenhang zwischen der therapeutischen Beziehung und dem Therapieerfolg nachgewiesen (Bergin und Garfield 1994; Howard et al. 1986). Zu beachten ist, dass die therapeutische Beziehung nicht als statisches Konstrukt verstanden wird, sondern als Prozess während des ganzen Therapieverlaufes. Der Psychologische Psychotherapeut Hermer benennt folgende wichtige Merkmale für eine therapeutische Beziehung aus der Sicht von Patient\*innen: Vertrauen, Einfühlungsvermögen, Sympathie, genügend Zeit, ein leistungsorientiertes Vorgehen sowie einen respektvollen Umgang (Hermer und Röhrle 2008).

Die Psychotherapieforschung lehrt, dass im Rahmen der therapeutischen Beziehung die Möglichkeit besteht, den Behandelten zu bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen zu verhelfen. Mit einer Gestaltung der Beziehung werden Voraussetzungen für erfolgreiche Lern- und Veränderungseffekte in der Psychotherapie erreicht. Das therapeutische Setting bietet dabei die Möglichkeit, korrektive Erfahrungen zu machen, bevor diese in realen Alltagsinteraktionen der Patient\*innen vollzogen werden. Es wird davon ausgegangen, dass die emotionale Bindung im Therapiekontext über das Ausmaß bestimmt, in dem sich die Behandelten verstanden und geschätzt fühlen (Staats 2017, S. 19f; für die Entwicklung der Konzepte siehe auch Doran

2016). Bis heute gibt es Empfehlungen für Therapeut\*innen, sich von Beginn einer Behandlung an auf die Herstellung und das Aufrechterhalten einer starken und positiven therapeutischen Beziehung zu konzentrieren (Staats 2017, S. 20, Doran 2016).

In den 1960er Jahren etablierte sich die Erforschung der so genannten „Äquivalenz“, die mit Hilfe von Vergleichsstudien verschiedene psychologische Therapieformen verglich und dabei alle als vorwiegend effizient<sup>2</sup> beschrieb (Bergin & Lambert, 1978). Als einzige Voraussetzung galt die gleiche Kontaktzeit zwischen Patient\*innen und Therapeut\*innen (Luborsky und Singer 1975). Demnach sind für die Ergebnisse weniger die Art der Therapie als vielmehr die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut\*in und Patient\*in bedeutsam. Das Konzept der *Äquivalenz* dient in weiteren Untersuchungen als Grundlage, von der aus andere gemeinsame Triebkräfte der Wirksamkeit identifiziert werden sollen, die in therapeutischen Systemen kulturübergreifend wirken (Dow 1986; Kleinman 1988).

Davies schildert in seinem Text *„Lessons from the anthropological field“* (2019), dass die Wirksamkeit einer Therapie nicht von spezifischen angewandten Techniken einzelner Therapeut\*innen abhinge. Vielmehr ergäbe sich die Wirksamkeit aus der Heraufbeschwörung kultureller Symbole, die durch ihre *Bedeutungseffekte* die Personen beeinflussen (Moerman und Jonas 2002). So gelten beispielsweise eine therapeutische Zugehörigkeit und die geteilte Erwartung an die Genesung als wichtige Triebkräfte für die Wirksamkeit einer Therapie (Blease und Kirsch 2016). Hingegen setzt das Vorhandensein von Zugehörigkeit und Erwartung die Existenz eines therapeutischen Erklärungssystems, ein System von Symbolen und Bedeutungen, voraus, in das beide Parteien ihr Vertrauen setzen können.

Dabei kommt es laut Davies nicht darauf an, ob solche Systeme objektiv wahr sind, sondern ob sie für ihre Nutzer\*innen eine Erfahrungswahrheit enthalten. Beispielsweise wäre der Glaube an die Heilkraft der Therapie für den größten Teil der Wirksamkeit verantwortlich (Davies 2009). Bereits vor neueren Studien über die Bedeutung eines starken Placebo-Effektes in der Psychotherapie (Blease und Kirsch 2016) dokumentierten Anthropolog\*innen, wie solche gemeinsamen symbolischen Faktoren es ermöglichen, dass sich Heilungserwartungen und Zugehörigkeiten herauskristallisieren (Moerman und Jonas 2002). Dies kann als eine Erklärung

---

<sup>2</sup> In Folge der Ergebnisse wurde in der Psychotherapieforschung vom sogenannten „Dodo-Effekt“ gesprochen, nach dem Spruch des Vogels Dodo in Alice im Wunderland: *„Everyone has won and all must have prizes“*. Grawe hält auf Grundlage eigener Meta-Analysen (Grawe et al. 1994) und Therapieprozessstudien (Grawe et al. 1990) das Dodo-Prinzip für einen Mythos.

herangezogen werden, warum verschiedene Methoden im Ergebnis gleichwertig sein können. Auf diesen kritischen Ansatz zur Psychotherapie, dem beispielsweise auch Loewenthal (2011) und Samil (2015) folgen, kann aufgrund des Fokus dieser Arbeit an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden.

Von der Bedeutsamkeit der zwischenmenschlichen Interaktion ausgehend stellt sich die Frage, worin also die Besonderheiten dieser Therapeut\*innen-Patient\*innen-Beziehung liegt und was sie ausmacht. Im Folgenden wird sich zeigen, dass eine therapeutische Beziehung weder mit Alltagsbeziehung vergleichbar ist noch mit einem klassischen medizinischen Setting, wie er beispielsweise bei Zahnärzt\*innen erfahren werden kann. In den folgenden Unterkapiteln werden unterschiedliche Aspekte dieser therapeutischen Beziehung beleuchtet.

#### **4.2.1 Hierarchie und Reziprozität des medizinischen Umfeldes**

So wie Ärzt\*innen sind auch Therapeut\*innen medizinisch ausgebildete Expert\*innen. Dieser Aspekt führt dazu, dass die therapierende Person Momo so vorkommt,

*„[...] als wenn sie irgendwie über mir sitzen würde oder stehen würde und mir ihre weisen Reflexionen zu meinem, dem was ich so erzähle, halt sozusagen so gibt, so. Und ich, sozusagen, bin eigentlich in der Hierarchie ein bisschen tiefer, weil ich bin ja Patientin, ich bring nicht dieses Spezialwissen mit. Also ich liefer mich ja auch ein Stück weit aus, so wie ich mich ja auch meiner Hausärztin, würde ich sagen, ein Stück weit ausliefern. Oder dem Typ, der eine OP macht.“ (Momo – Patient\*in)*

Medizinische Expert\*innen werden aufgesucht, um Krankheiten zu besprechen und um eine entsprechende Medikation oder einen Heilungsplan zu erhalten. Übertragen auf eine Psychotherapie resultiert eine Rollenzuschreibung in eine\*n Patient\*in auf der einen und einen psychotherapeutisch professionell ausgebildeten Menschen auf der anderen Seite. Als hilfeschuchende Person, ohne dieses spezielle Fachwissen, begibt man sich in ein gewisses Machtgefälle und Abhängigkeitsgefüge. Es ergibt sich eine Hierarchie mit entsprechendem rollenspezifischem Verhalten der Beteiligten, welches sich in gewissen Berechtigungen sowie Forderungen widerspiegelt:

*„Sie gibt ja in Anführungsstrichen den Ton an, indem sie sagt: du kommst dann und dann in meinen Raum rein. Und dann: die 50 Minuten sind vorbei, dann gehst du wieder. [...] in dem Sinne, dass sie halt so die Strukturen vorgibt. Also das inhaltliche natürlich, das bleibt bei mir. Aber zum Beispiel: sie hat halt diese Praxis, und [...] ohne*



*diese Praxis würde es die Therapie ja nicht geben. [...] Aber natürlich innerhalb der Therapie, innerhalb dieser 50 Minuten, ist das so meine Zeit. Da hat sie so quasi nichts zu sagen. Aber vorher und nachher ist halt immer... Oder auch, wenn ich sie halt erreichen möchte, sie hat nur ihre Sprechzeiten. Die sind montags und donnerstags jeweils für 'ne Stunde. Sonst ist da nix mit Sprechzeiten.“*

*(Lou – Patient\*in)*

Den Therapeut\*innen wird also eine Autorität zugesprochen, indem sie einen Rahmen für das Therapiegeschehen vorgeben, der Patient\*innen in ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis setzt. Die therapierende Person gibt eine Struktur vor, während es das Wirkungsfeld der Patient\*innen ist, den Inhalt zu bestimmen. Dennoch bleibt immer eine Ebene erhalten, die eine Distanz wahrt und zu viel Intimität aus der Umgebung heraushält. So wirken die von den Therapierenden gesetzten Strukturen bis in die Gesprächsebene und somit auch das Gesagte hinein. Deutlich wird dies an einem Beispiel von Lou:

*„Ganz am Anfang, ich glaube das war sogar in unserer ersten Therapiestunde, habe ich halt gesagt, dass ich geduzt werden möchte, weil mir das lieber ist. Weil ich das persönlicher finde und man trotzdem die Distanz hat. [...] Und da meinte sie halt so: nein, machen wir nicht. Ich so: ok. Dann machen wir das halt nicht. (lacht) Und sie meinte halt, ja, wegen Professionalität und keine Ahnung, ne. Das musste ich halt akzeptieren.“* (Lou – Patient\*in)

Dennoch kommt den Therapierten eine Dimension im eigenen Wirken zu, die sie im Alltag nicht gleichermaßen ausleben können. Durch gesellschaftliche Normen wird ein bestimmtes Handeln in entsprechenden Kontexten erwartet, welches im therapeutischen Setting ein Aufweichen erfährt. So können Patient\*innen im Rahmen ihrer Therapie intimer und privater sprechen und Raum komplett für sich einnehmen, während die eigenen Bedürfnisse in den Fokus gerückt sind. Ein Verhalten, welches in anderen sozialen Interaktionen und Bereichen nicht in diesem Maß ausgelebt werden kann.

*„Andererseits habe ich aber auch das Recht, Sachen, die ich bei mir selber kritisch sehe [...] offen auszusprechen, ohne Sorgen zu haben, dafür verurteilt oder gemieden zu werden. [...] Und da müsste ich jetzt mir keine Sorgen drüber machen, in einer Therapie. Weil das ja auch unter der Schweigepflicht liecht, sowieso. Und weil ein Therapeut ja mit so einer Situation eigentlich geübt sein müsste und umgehen können soll.“* (Kim – Patient\*in)

Die Reziprozität von zwischenmenschlichen Alltagssituationen mit vertrauten Personen liegt im Geben und Erhalten von privaten Informationen. Im therapeutischen Umfeld geben Patient\*innen auch intime Informationen preis, aber erhalten im Gegenzug entsprechende Hilfestellungen durch die therapierende Person.

*„Also natürlich mit Freunden etwas komplett anderes. Weil wenn man sich da über seine Probleme unterhält, isses ja meistens so: ich erzähle von meinem Problem, du erzählst von einem Problem. Und da ist es halt eher so. Ich erzähle von meinem Problem. Aber im Austausch dafür gibt sie mir halt Hilfestellung.“ (Lou – Patient\*in)*

Zur Beziehung zwischen Patient\*innen und Therapeut\*innen gibt es in dieser Form keine Analogien aus dem Alltag. Als Patient\*in sucht man Therapeut\*innen auf, schildert sein Leiden, so wie es auch in anderen medizinischen Kontexten üblich ist. Aber im Gegenzug erhält man keine eindeutigen Handlungsvorgaben für den Heilungsprozess. Stattdessen erarbeitet man sich über einen langen Zeitraum hinweg eine Art eigenen Heilungsplan. Um diesen auszugestalten, müssen in der Regel die intimsten und geheimsten Gedanken und Gefühle mit einem Menschen geteilt werden, der einem während des ganzen Therapieprozesses aber immer auf eine gewisse Weise fremd bleibt.

*„[...] ein professionelles Verhältnis mit einer seltsamen Art von Hierarchie [...] Ich finde es immer noch weird, irgendwie, dass ich einem Menschen sozusagen alles, alles offenbare und ich weiß nichts über diesen anderen Menschen.“ (Momo – Patient\*in)*

Es erscheint wie eine Paradoxie, dass in dieser psychotherapeutischen Beziehung einerseits die persönlichsten Empfindungen und intimsten Erlebnisse der Patient\*innen im Mittelpunkt stehen und andererseits die Therapeut\*innen diese Sichtbarmachung des Innenlebens verstehen und spiegeln können, während sie als Privatperson während des ganzen therapeutischen Prozesses neutral und unsichtbar bleiben. Es zählt lediglich die individuelle Seelenlage der Patient\*innen, während die persönliche Wahrnehmung der Therapeut\*innen irrelevant bleibt. Jeglicher Hinweis auf biografische Aspekte der Therapierenden kann deren Neutralität untergraben und zur Quelle von Projektionen, Nähewünschen sowie Übertragungen der Behandelten werden (Gandras 2021, S. 8).

#### 4.2.2 Vertrauen in die Profession

Im Lauf meiner Forschung konstituierte sich daraufhin die Frage, wie es Patient\*innen möglich ist, innerhalb dieser Strukturen die Bereitschaft zu entwickeln, sich einer ihnen fremden Person in einem solchen Ausmaß zu öffnen.

Ein Vertrauen zu Freund\*innen baut sich, unter anderem, durch den Austausch intimer Informationen auf. Mit Therapeut\*innen sollte man eigentlich nicht befreundet sein, weshalb diese Basis nicht angestrebt wird. Wie also etabliert sich Vertrauen in der Beziehung zwischen Patient\*in und Therapeut\*in?

*„Es ist wirklich dieses [...] Vertrauen darin, dass, wenn ich dem anderen Menschen sozusagen jetzt alle meine tiefen Abgründe und ja, das sind ja oft Sachen auch die ich wirklich niemand anders eigentlich so erzählen würde [...], dass der sozusagen sich das anguckt und nicht weggeht, nicht wegschaut. [...] Es ist schon auch ein Vertrauen in die Profession. Irgendwie so in die Rolle, die dieser Mensch mir gegenüber einnimmt. Irgendwie so. Ich muss darauf vertrauen, dass die Ausbildung, die Erfahrung dieses Menschen ausreicht, um einen wertvollen, guten, heilsamen Kommentar abzugeben zu den Untiefen, in dem ich sie oder ihn [...] sozusagen reinschauen lasse.“ (Momo – Patient\*in)*

Ähnlich wie es bei anderen medizinischen Kontexten der Fall ist, in die man sich begibt, besteht ein Vertrauen in das Berufsfeld von Psycholog\*innen. So wie man sich darauf verlässt, dass Zahnärzt\*innen ihr Fach beherrschen, so wird auch auf die Expertise von Therapeut\*innen vertraut. Dabei baut sich dieses Vertrauen nicht langsam auf, sondern Behandelte begeben sich mit einem Vorschuss in ein Heilverfahren. Dieser Vertrauensvorschuss ist eine notwendige Voraussetzung für die Durchführung einer Therapiesitzung.

*„Ich hab‘ das auf‘ner relativ bewussten Ebene, dass dieses Vertrauen und die Offenheit gegenüber dem Therapeut halt super wichtig ist, damit der Therapeut mir helfen kann. Und mit dieser Einstellung bin ich halt in die Therapie eingestiegen, generell schon [...]. Und ja erst mal davon ausgehe, der Mensch möchte mir ja helfen, das ist halt sein Beruf.“ (Kim – Patient\*in)*

Weiterhin wird dieses Vertrauen in die therapierende Person auch bei einer Verschiebung in ein virtuelles Setting nicht tangiert. Einige begründeten diese Gegebenheit damit, dass sie ihre Therapeut\*innen schon lange und ohne Video kennen. Remy und Toni hingegen hatten nur sehr

wenige Möglichkeiten, ihre Therapie in einer Praxis zu erleben, und dennoch schilderten sie ein gutes Vertrauensverhältnis.

*„Ich glaube, das sind so zwischenmenschliche Gegebenheiten, die vielleicht gar nicht so viel mit dem Medium dann zu tun haben. [...] Also so Vertrauen wird man nicht besser oder schlechter dem anderen gegenüber bringen. Ob jetzt das per Computer oder im realen Leben stattfindet, glaube ich.“ (Chris – Patient\*in)*

Es wird also der therapierenden Person aufgrund der Profession, die dieser Mensch innehat, ein Vertrauen in der Behandlungsumgebung entgegengebracht. Welche *zwischenmenschlichen Gegebenheiten* sind es, die das therapeutische Verhältnis weiterhin beeinflussen und eine Relevanz für das Finden des „passenden“ therapierenden Gegenübers haben?

#### **4.2.3 Entgegengebrachtes Interesse und soziales Verständnis**

Diesbezüglich schilderte mir Kim folgende Überlegungen:

*„Also für mich ist die Frage so ein Stück mehr, wie man sich zwischenmenschlich versteht, als das Vertrauen aufzubauen. Dass man halt, wenn man miteinander redet, nicht aneinander vorbeiredet oder so. Und, wenn man dann in den ersten Stunden merkt, dass man da, ich sag mal, auf einer Wellenlänge ist, und der Mensch versteht, was man ihm sagen möchte, dann ist das so der Punkt, wo ich dann das Gefühl bekomme, dass ich dem Menschen vertrauen kann und auch irgendwie wirklich, keine Ahnung, echten Mist, den ich mal gemacht habe oder so, erzählen kann, ohne da Angst zu haben, von für verurteilt zu werden, oder so.“ (Kim – Patient\*in)*

Es ist also eine zwischenmenschliche Komponente, die erfüllt sein muss, um sich in der anstehenden Behandlung hinreichend öffnen zu können oder zu wollen. Es ist neben dem Vertrauen in die Profession und die Person auch unabdingbar, das Gefühl zu haben, verstanden zu werden. Die im oben gewählten Zitat als *Wellenlänge* bezeichneten zwischenmenschlichen Begebenheiten wurde in anderen Gesprächen, die ich führte, auch synonym als *Vibe, gleiche Sprache, Aura, Wärme, Connection* oder *Energie* beschrieben. Auch auf Nachfrage fiel es den Menschen, mit denen ich sprach, sehr schwer, den Sachverhalt anders oder eindeutiger zu beschreiben.

*„Da ist ja auch ein Interesse dahinter, was mir entgegengebracht wird. Was ich ganz klar wahrnehme. Und ich glaube, dass das auch wichtig ist. Also, um eben das Vertrauen weiter aufzubauen.“ (Kim – Patient\*in)*

Dieses positive zwischenmenschliche Verhältnis kommt dann zustande, wenn die therapierende Person den Patient\*innen vorbereitet und mit einem ehrlichen Interesse sowie Wertschätzung gegenübertritt. Remy beschrieb es in unserem Gespräch folgendermaßen:

*„[...] das ist auch so ein bisschen: inwieweit öffnet sich die Person mir, im Sinne von wie ehrlich ist diese Person oder wie authentisch ist diese Person mir gegenüber. Also klar gibt es immer ein professionelles Verhältnis zwischen Therapeut\*in und Patient\*in. Aber man merkt ja, wie Menschen auf einen zugehen oder wie sie mit einem umgehen. Oder ob sie selber einen von sich wegschieben.“ (Remy – Patient\*in)*

Um einen möglichst breitgefächerten Eindruck der Teilnehmenden eines praktischen psychotherapeutischen Settings zu erhalten, unterhielt ich mich über diese Aspekte auch mit einer Fachkraft, wobei mir wissenschaftliche Standpunkte erläutert wurden:

*„Tatsächlich haben wir in der Therapie-Effizienzforschung herausgefunden, dass die Methode gar nicht so ausschlaggebend ist, sondern tatsächlich die Sympathie zwischen Klient und Therapeut. Das ist so 60 Prozent für den Therapieerfolg verantwortlich. Also [...] das heißt, wir brauchen uns gar nicht so viel auf uns selbst einbilden, das ist tatsächlich dieses Menschliche. Und wenn das nicht funktioniert, dann hat das auch keinen Erfolg.“ (Robin – psychotherapeutische Fachkraft)*

Kim beschrieb das Zwischenmenschliche als kommunikative Ebene, in der miteinander Sprechende in der Lage sind zu erkennen, worauf eine Person bei der Reflexion von Situationen hinaus möchte, auch dann, wenn manche Sachverhalte nur schwer mit Worten greifbar sind. Ob das Gegenüber versteht, was man ausdrücken möchte, bemerkt man an der jeweiligen Reaktion, so Kim. Wenn daraus keine großen Missverständnisse resultieren, dann kann ein therapeutisches Gespräch gelingen. Sympathie zueinander kann aus diesen Aspekten erwachsen.

*„Ich habe mich schon total oft eine Zeitlang gefragt, woran man erkennen soll, ob der Therapeut gut ist, wenn man gerade die erste Therapieerfahrung macht. Keine Ahnung. Ich kann das nicht beurteilen. Ich habe keinen Vergleich, aber ich habe das Gefühl, dass ich, ja, gestärkt aus den Stunden rausgehe und insofern wird das schon nicht verkehrt sein, was ich hier mache.“ (Kim – Patient\*in)*

Es lässt sich zusammenfassen, dass sich die Behandelten mit einem Vorschuss an Vertrauen in die therapeutische Situation begeben. Mit ihren sensiblen Informationen muss verantwortungsvoll umgegangen werden und das vorangestellte Vertrauen darf nicht missbraucht werden.

Wenn bei den Patient\*innen weiterhin das Gefühl hinzu kommt, dass die therapierende Person ein Verständnis für die Anliegen hat, so sind die Grundlagen für eine therapeutische Beziehung gelegt. Die Sympathie kann im weiteren Verlauf der Behandlung wachsen. Im Gespräch mit Kim verdeutlichte sich weiterhin der Standpunkt, dass es nicht notwendig ist, eine gleiche Meinung zu Thematiken innezuhaben, um sich gut verstehen zu können. In diesem Fall „[...] ist mir der Mensch einfach von seinen, in seiner Weltanschauung oder so, sach ich mal, unsympathisch und nich' auf 'ner kommunikativen Ebene.“ (Kim – Patient\*in). Da diese persönliche Meinung des Therapierenden im therapeutischen Prozess aber nicht bemerkbar sein sollte, hat diese *Weltanschauung* kaum eine Relevanz für das zwischenmenschliche Gelingen.

Der Sympathie auf Basis von gleichen Standpunkten und Sichtweisen kommt also keine übermäßige Relevanz zu. Stattdessen wurde deutlich, dass das Verstandenwerden eine besondere Bedeutung erfährt. Wie aber wird dieses erlebbar? In einer Psychotherapie gibt es, wie bereits erwähnt, in der Regel keine Berührungen zwischen Patient\*in und Therapeut\*in. Dennoch kann eine Therapie eine körperliche Erfahrung sein:

*„[...]es gibt hin und wieder Momente, da weint meine Therapeutin mit mir mit. Es sind Momente, die ich sehr schön finde. So, und dann ist ihr Körper ja plötzlich auch nochmal anders präsent. [...] Und meiner Therapeutin ist halt auch wichtig, [...] meine Körperreaktionen mit einzubeziehen ins Geschehen so.“ (Momo – Patient\*in)*

Auch Remy schilderte:

*„Also klar bekommt man [virtuell] weniger mit. Aber gleichzeitig, witzigerweise sagt sie mir immer, dass sie sehr viel mitfühlt bei ihren Patient\*innen. [...] Also sie sagt dann halt: boar, ich krieg es grad richtig mit. Oder sie sagt dann, boar das schwappt gerade so rüber zu mir. Also sie drückt das auch wirklich aus und das zeigt mir einfach nur, dass sie es trotzdem spürt.“ (Remy – Patient\*in)*

Mit einer stabilen Videoverbindung im Rahmen derer sich Patient\*innen mit den Umständen wohlfühlen, kann eine Begegnung erzielt werden, in der Aspekte des Mitfühlers und des sich verstanden Fühlens, die mit den physischen Präsenzsitzungen vergleichbar sein können (Weller 2017).

Aufgrund der Abhängigkeit der Patient\*innen vom spezifischen Fachwissen der therapierenden Person entsteht eine Form von Hierarchie (Watzlawick et al. 2014). Eine therapeutische Beziehung unterscheidet sich weiterhin von dem Verhältnis mit anderem medizinischen Personal. Denn während mit Ärzt\*innen persönliche Informationen ausgetauscht werden

können, sprechen Therapeut\*innen nicht über ihre privaten Erlebnisse. Wie in den Zitaten deutlich wird, darf diese nach außen gewährte Neutralität der Therapierenden nicht als Desinteresse an den Wahrnehmungen ihrer Patient\*innen missverstanden werden. Vielmehr nutzen Therapeut\*innen die eigenen Empfindungen, um auf ihre Patient\*innen mit empathischen Verständnis reagieren zu können sowie zur Reflexion der Wirkung der eigenen Äußerungen. Laut der Psychotherapeutin Gisela Gandras ist dieses Verhalten aber ein einseitiges und dient nicht zur Klärung der eigenen innerseelischen Spannungen oder Regulierung von persönlichen Interessen. Stattdessen fungieren die persönlichen Reaktionen der Therapierenden für ein szenisches Verständnis der Patient\*innen. In dieser Einseitigkeit liegt die Professionalität der Therapiebeziehung in der Psychotherapie (Gandras 2021, S. 8).

### **4.3 Körperlichkeit in einer virtuellen Umgebung**

Nicht nur die therapeutische Beziehung ist von besonderer Bedeutung bei einer Psychotherapie. Auch der Praxisraum oder die Therapieumgebung bei einer Online-Therapie wirken auf das Therapieerleben. Im Folgenden werden Kontexte und Umstände genauer beleuchtet, die eintreten, wenn sich Psychotherapie in ein virtuelles Setting verschiebt. Denn dabei kann es zu technischen Herausforderungen kommen sowie zu Begrenzungen in der Kommunikation, woraus eine begrenzte Anwendbarkeit von therapeutischen Methoden resultieren kann.

#### **4.3.1 Die Bedeutung des Praxisraums**

Es existieren viel mehr als nur gebaute Räume, die sich in der Welt befinden und somit physisch erlebbar sind. In meinem Forschungsfeld begegneten mir neben dem *Praxisraum* oder dem *Wohnraum* auch emotionale Räume, die sich innerhalb einer Therapeut\*innen-Patient\*innen-Beziehung etablierten. Dabei stellte sich im Forschungsverlauf die Frage, wie diese physischen sowie die immateriellen Räume wahrgenommen werden, welche Wahrnehmung oder Zuschreibungen sie erfahren und welche Eigenschaften dieser virtuellen Räume neue Anforderungen mit sich bringen.

Die Praxisräume bilden mit der Einrichtung in der Regel keine persönlichen Vorlieben oder Geschmäcker der therapierenden Personen ab. Die meisten meiner Gesprächspartner\*innen berichteten von Sesseln, einem Bücherregal, schlichten Bildern an der Wand und ein paar Zimmerpflanzen. Es handelt sich somit oft um Räume, die schlicht, aber nicht ungemütlich eingerichtet sind, nicht kahl und dennoch gut überschaubar.

*„Die Praxis meiner Therapeutin ist halt relativ neutral gehalten ist. [...] Das ist so ein [...] riesen Gebäudekomplex. Und da sind viele lange Gänge und [...] ganz viele Büros und so. Also ein ganz großes Ding in Markkleeberg. Das ist es halt so anonym. Ich fühle mich dort anonym.“ (Chris – Patient\*in)*

Bevor dieser Therapieraum betreten werden kann, müssen sich die Patient\*innen in einem Wartezimmer aufhalten. Diesen Bereich, der den Alltag und die Therapiesitzung in einer gewissen Weise verbindet, gibt es auch bei den Treffen über die speziellen medizinischen Videotelefonie-Formate: eine Art virtueller Warteraum.

*„Ich weiß das von meiner letzten Therapie, die ja komplett offline stattgefunden hat, dass ich das Wartezimmer gehasst habe, weil das eben genau dieser Raum war, dieser Zwischenraum zwischen: ich bin nicht in der Außenwelt, wo ich mich nicht zwangsläufig damit beschäftigen muss. Und ich bin aber, in dem, dass ich weiß, ich muss jetzt hier warten, bis dass ich da reingelassen werde in diesen Raum, wo dann herumgewühlt wird.“ (Remy – Patient\*in)*

Diesem Raum, in dem *herumgewühlt* wird, kommt dabei eine besondere Bedeutung zu.

*„Trotzdem war, durch meine persönliche Entwicklung, die ich gemacht habe, in dem Raum, dass überhaupt nicht mehr negativ konnotiert am Ende und auch nicht im Laufe der Zeit. Es war einfach ein Raum, der eine besondere Bedeutung für mich hatte, weil es eben dieses Aufwühlende hat, so das schon, aber nicht per se negativ. Überhaupt nicht. Eher aufregend...“ (Remy – Patient\*in)*

Diese *persönliche Entwicklung* findet auf Grundlage einer intensiven Auseinandersetzung mit den innersten Gedanken und Gefühlen mit Hilfe der Anregung einer speziell ausgebildeten Person statt. Dabei arbeiten Therapeut\*innen in der Regel mit Fragen statt mit konkreten Anweisungen. Mit Hilfe dieses Vorgehens können die Behandelten erarbeiten, inwieweit zum Beispiel depressive Stimmung mit kindlichen Gefühlen gegenüber den Eltern zusammenhängen oder welche Aktivitäten geplant werden können, um neue und positive Erfahrungen machen zu können. Patient\*innen können also mithilfe ihres Therapierenden eigene hilfreiche Strategien entwickeln.

*„Ich würde so etwas sagen wie, dass sie den Raum sogar erweitert. Also mich vielleicht zu dem zu führt, was eigentlich in mir los ist. [...] Das ist ein Raum, in dem ich mithilfe*



*meiner Therapeutin, die mich anleitet, zu mir zurückfinden kann.“*

*(Momo – Patient\*in)*

Momo beschrieb, wie dieses Vorgehen dabei helfen kann, eigene Reflexionsprozesse in Gang zu setzen und Situationen mit einer anderen Perspektive zu betrachten, um sich am Ende wieder selbst erkennen zu können oder auch neu kennenzulernen. Dabei muss der Begriff *Raum* nicht automatisch das physische Therapiezimmer inkludieren. Prozesse, die während einer Therapiestunde angeregt werden, laufen auch außerhalb dieses spezifischen Settings weiter. Die Patient\*innen sind auch während ihres Alltages mit den persönlichen Thematiken ihrer Psychotherapie konfrontiert. Dennoch verstärkt die physische Anwesenheit in diesem Praxiszimmer das Erleben der Patient\*innen. So werden die innersten Gedanken und Gefühle in einer Abhängigkeit zum Therapieraum erfahren:

*„[...] indem du die Räumlichkeit wechselst, denkst du auch nochmal über Dinge anders nach [...] und nimmst auch einfach Emotionen ein bisschen anders wahr. [...] Und ich fühle mich dann bei ihm schon ein bisschen freier vielleicht, darüber zu reden oder vielleicht auch geschützter. [...] Also schon irgendwo ist es ein bisschen eher der geschütztere Raum bei ihm zu sein, als das online zu machen.“ (Toni – Patient\*in)*

Die Änderung des Therapieortes führt neben einer verstärkten Konzentration auf die persönliche Empfindung auch zu einem verstärkten subjektiven Sicherheitsgefühl. Im gleichen Zimmer mit der behandelnden Person nehmen die Patient\*innen einen Schutz wahr, während das virtuelle Umfeld

*„[...] den ganzen natürlichen Flow [nimmt], den wir sonst haben und eben auch die Intimität und dieses Gefühl, ich bin hier an diesen Therapieraum, da kenne ich jeden Zentimeter, jeden Winkel. Und wenn ich hier bin, dann kann ich meine Büchse der Pandora öffnen und weiß, egal was mir passiert, es ist jemand da, der auch sofort dann zupacken kann und aufheben kann und beruhigen. Das ist ja auch was, was fehlt. [...] Da bin ich irgendwie sicher. Und da fühl ich mich wie so eine Gurke im Einmachglas. Einfach echt okay.“ (Alex – Patient\*in)*

Dieser Raum wird auch mit einer therapierenden Person konnotiert, die mit ihrer körperlichen Anwesenheit intensiver auf Situation und Erlebniswelt der Patient\*innen eingehen kann und somit ein Gefühl von Schutz vermittelt, welches außerhalb dieses Raumes nicht in gleichem Ausmaß erreicht werden kann. Wir haben bisher eine knappe Idee von der Wahrnehmung der

Therapiepraxis erfahren. Diese bildet eine Ebene für Vergleiche, von der aus die Betrachtung der neuen Umgebung für die psychotherapeutische Sitzung in einer virtuellen Form leichter fällt.

#### 4.3.2 Technische Aspekte und Herausforderungen im virtuellen Raum

Einer Psychotherapie kann auf unterschiedliche Weise in einen virtuellen Raum verschoben werden, sei es mit Hilfe des Internets und diversen Videochat-Programmen oder in Form eines Telefonates. Dabei kann es zu Störungen der Therapiesitzung kommen. Die offensichtlichsten und auch häufigsten Probleme sind vor allem pragmatisch technische Aspekte, welche die Therapiesitzung erschweren oder sogar unterbrechen können: die Verwendung bestimmter Portale aufgrund von Datenschutzrichtlinien oder das Sich-Selber-Sehen im Chatfenster.

*„Man macht es ja in der Regel von Zuhause aus. [...] Das ist auf einmal über Laptop, da [...] ergeben sich ja auch Mikro-Probleme und da geht die Kamera kurz nicht und so Störungen sind ja auch Teil des Ganzen. Und das ist halt auch irgendwie unangenehm. Wenn man sich dann gar nicht so richtig auf Themen einlassen kann. Weil da irgendwie die ganze Zeit die Technik rum muckt.“ (Chris – Patient\*in)*

Auch eine instabile Internetverbindung kann zu einer Barriere werden, weil zum Beispiel das Bild des Gegenübers einfriert, sich die Sprechenden nicht mehr hören können oder die Verbindung gänzlich abreißt und das Videogespräch dadurch beendet wird. Somit kommt es zu einer als störend und unangenehm wahrgenommenen Unterbrechung, weil das genutzte Programm neu geladen, die Webseite erneut aufgerufen oder ein Code erneut eingegeben werden muss. Dies kann dazu führen, dass Gedanken abreißen und das Gespräch erst wieder aufgebaut werden muss. Manche Patient\*innen berichteten davon, dass eine solche Situation sie nicht nur aus ihrem Denken, sondern vor allem auch aus ihrem Fühlen riss. In solchen Situationen mussten sie sich nach dem Abbruch erst wieder in ihre Empfindungen begeben, um weiter sprechen zu können.

*„Manchmal stört das, ja, weil man kommt irgendwie raus oder man wird so, wenn man grade irgendwas aufgemacht hat oder gerade irgendwie in dem Gefühl drin ist, dann wird man sofort rausgezogen.“ (Remy – Patient\*in)*

Ein weiterer Störfaktor, der mit der Unterbrechung des Gesprächs einhergeht, ist die Dauer einer Sitzung. Eine Therapiestunde ist auf 50 Minuten beschränkt. Oft ist es nicht möglich, diese Zeitspanne auszudehnen.

*„[...] denn sie hat ja nur begrenzt Zeit. Danach kommt ja wieder jemand. Das heißt also, wir können die [Zeit] nicht hinten dranhängen, wenn plötzlich hier das Internet ausfällt oder so.“ (Alex – Patient\*in)*

Da das Medium der Videotelefonie mit den verschiedenen Funktionen komplexer strukturiert ist als ein klassisches Telefonat, ist dieses Format auch anfälliger für technische Probleme. Mit der Notwendigkeit einer Internetverbindung mit entsprechender Geschwindigkeit und entsprechender technischer Geräte erhöht sich der Anspruch an die Grundvoraussetzungen für eine stabile Videotelefonie. Ferner werden Therapeut\*innen oft zur Nutzung proprietärer Softwarelösungen gezwungen, hauptsächlich um Datenschutzgesetzen gerecht zu werden. Ein dadurch entstehender Nebeneffekt ist die mangelnde Vertrautheit mit diesen neuen Videotelefonie-Programmen. Solche Aspekte führten zu Situationen, in denen die therapierenden Personen meiner Gesprächspartner\*innen Schwierigkeiten mit der virtuellen Durchführung der Therapiesitzung hatten. Die technische Kompetenz der Therapierenden wirkte sich auf die Wahrnehmung und das Sicherheitsempfinden der Patient\*innen aus:

*„Das ist schon blöd, dieses starke Gegenüber sozusagen auch ein bisschen unsicher mit dieser Technik zu sehen. [...] Das war alles ganz, ganz neu für sie. Sie musste sich da erst einmal einarbeiten. Und gerade diese, diese Anfänge, dieses so, dann werde ich eingeladen über E-Mail und so [...]. Also da wirkte sie immer so unsicher irgendwie. [...] Da hatte ich das Gefühl, da konnte ich mich nicht so ganz auf ihre Expertise verlassen, weil sie wusste viele Sachen einfach nicht um diese Technik.“ (Momo – Patient\*in)*

Ein weiterer wichtiger Anteil der nonverbalen Kommunikation, auf die später noch detaillierter eingegangen werden soll, ist die gesamtkörperliche Wahrnehmbarkeit der Kommunikationspartner\*in. Den telefonischen Kontakt zur therapierenden Person beschrieb mir Dani *„eher wie ein intensiveres Gespräch mit einer guten Bekannten oder engeren Vertrauten. Aber nicht ganz vergleichbar mit einer Therapiesitzung.“ (Dani – Patient\*in)*

Auch Alex berichtete, dass die virtuelle Therapie als *„nicht so intim“* und *„weniger intensiv“* wahrgenommen wurde,

*„[...] weil Weg und besonderer Raum und so wegfällt. Es ist sozusagen nichts, in Anführungsstrichen, Besonderes. Es ist, es ist halt ein Videocall neben verschiedenen Videocalls. [...] Ich glaube, für mich ist halt dieses besondere an der Therapie-Session auch irgendwie oft mit einer gewissen Art von Druck verbunden. Und der fällt dann halt*

*dadurch, dass die Intensität weniger wird, weg. Ich kann es mehr werten als ein... ein Geschehen von vielen Geschehen. [...] Ich glaube halt wirklich, dass das körperliche bei so einer Live-Session in der Praxis, so, das fällt halt fast komplett weg. [...] Das aber auch etwas wertvolles, so mit dem ganzen Körper irgendwie wahrgenommen zu werden und Emotionen äußern zu können. [...] Da ist eine andere Intensität in real Life, die gibt's nicht so mit Bildschirm und so.“ (Alex – Patient\*in)*

Die körperliche Abwesenheit stellt im virtuellen Raum also eine Herausforderung dar, wodurch sich die jeweiligen Gegenüber in einem Gespräch per Video oder Telefon nur eingeschränkt wahrnehmen können. Teile des Habitus, die Akustik und andere Nuancen werden beschnitten.

In diesem Zusammenhang verwies Robin, eine psychotherapeutische Fachkraft, in unserem Gespräch auf eine daraus resultierende Grenze, die eine virtuelle Therapiesitzung mit sich bringe: die visuelle Wahrnehmung des Gegenübers und die Notwendigkeit, dieses bei tiefenpsychologischen Ansätzen sehen zu müssen. Vor allem bei Patient\*innen, die dazu neigen zu dissoziieren, kann eine körperliche Anwesenheit notwendig sein, um hinreichend reagieren zu können.

*„Bei manchen Krankheitsbildern oder Indikationen, wie Trance und tiefenpsychologischen Arbeiten, ist [es] schlichtergreifend auch erforderlich, dass ich das sehe. Es wäre zumindest auch denkbar, dass mal jemand umkippt.“*

*(Robin – psychotherapeutische Fachkraft)*

Es wurde von Robin, einer psychotherapeutischen Fachkraft, von einer Person mit einer ähnlichen Symptomatik wie Alex berichtet. Es handelte sich um einen Fall, bei dem

*„[...] war sichergestellt, dass in dem Haus, in dem die Klientin ist, immer jemand da ist. Die hatte also ihren Ehemann dort, der im Homeoffice war. Und ein Au-Pair-Mädchen [...]. Deswegen war es sichergestellt, dass im Notfall, wenn ich den Eindruck gehabt hätte, da wäre jetzt nichts mehr gekommen, also dann hätte ich jemanden kontaktieren können.“ (Robin – psychotherapeutische Fachkraft)*

Auch Alex versetzte sich bei unserem Gespräch in diese Therapeut\*innen-Perspektive und schilderte:

*„Ich denke mal, dass sie schon besorgt ist, was passiert, wenn ich das alleine zu Hause erlebe. Und andererseits wohl auch durch die technische Störung unterbrochen werden*

*und man dann ja auch erstmal wieder rauskommt und wieder aufräumen muss. [...] Ich denke, von uns beiden aus und besonders von mir, ist glaube ich auch irgendwie so 'ne Hemmung da jetzt so die üblichen Schubladen zu öffnen, sondern einfach erstmal vorsichtig zu bleiben.“ (Alex – Patient\*in)*

Im virtuellen Kontext ergeben sich also Herausforderungen, die in der Verschiebung der Umgebung und der medialen Kommunikation einher gehen, wenn in der zwischenmenschlichen Kommunikation der Körper nicht virtuell gelesen und somit nicht als artikulatives Medium mit einbezogen werden kann.

### **4.3.3 Formen der Kommunikation**

Um uns mit anderen Menschen zu verständigen, nutzen wir die Kommunikation, wobei neben der Sprache auch die Stimme, Gestik, Mimik und die Körperhaltung Hilfsmittel für die Interaktion bilden. Der US-amerikanische Psychologe Mehrabian konnte in zwei Studien zu nonverbaler Kommunikation von 1967, an denen er beteiligt war, verdeutlichen, dass bei der Kommunikation von Gefühlen und Gesinnungen das gesprochene Wort nur einen sehr kleinen Teil für die Verdeutlichung in Anspruch nimmt. Der Körper mit seiner Mimik, Gestik und Tonfall drückt in diesem Zusammenhang den größten Teil aus (Mehrabian und Ferris 1967; Mehrabian und Wiener 1967). Moderne Kommunikationsmodelle, wie das Interactive Alignment Model von Pickering und Garrod, gehen davon aus, dass Verstehen und Kommunizieren auf die gleichen kognitiven Prozesse zurückzuführen sind. Somit unterscheidet sich das Sprechen vom Zuhören nur dahingehend, dass man versucht, vorherzusagen, was die andere Person sagen wird (Garrod und Pickering 2004). Gesten und Mimik helfen dem Gegenüber als Response und den Zuhörenden aktiver den Inhalt der Kommunikation der anderen Person vorherzusagen zu können (Bavelas et al. 2000, S. 941.; Bavelas et al. 2002).

Weiterhin verweist das sogenannte Eisberg-Modell auf das Vorhandensein einer sichtbaren Sachebene und einer Beziehungsebene in Bezug auf die zwischenmenschliche Kommunikation. Die Sachebene meint Fakten und sprachlich übermittelte Informationen, während die Beziehungs- bzw. Gefühlsebene Faktoren wie den Habitus, Blickkontakt, Sprachmelodie, Mimik und Gestik einbezieht (Ruch und Zimbardo 1974). Auf Grundlage dieser Trennung soll im Folgenden die Wirkung von non- und paraverbaler Kommunikation im Rahmen der Online-Therapie einer näheren Betrachtung unterzogen werden.

#### 4.3.3.1 Nonverbale Kommunikation

Die nonverbale Kommunikation beschreibt den Bereich der zwischenmenschlichen Kommunikation, in dem Informationen nicht über das gesprochene Wort ausgetauscht werden. Dazu gehören unter anderem die Körpersprache, Augenkontakt, Pausen sowie die Stimme (Knapp et al. 2014). Auf diese Teilaspekte wird im Folgenden in Bezug auf die Erfahrung von Teilnehmenden an virtueller Psychotherapie eingegangen.

Bei einem Gespräch über ein Videogespräch sehen die Teilnehmenden in der Regel nur einen Ausschnitt – den Oberkörper oder das Gesicht – ihrer Gesprächspartner\*in. Das heißt, die Behandler\*innen können im Grunde die Körpersprache der Patient\*innen nicht ganzheitlich einschätzen. Es werden Versuche unternommen, die körperliche Artikulation bestmöglich auszuleben. Dennoch gibt es Nuancen, die nicht wahrgenommen werden, weil sie sich außerhalb des Sichtfeldes befinden. *„[...] ob meine Füße so ineinander gerichtet oder auseinander stehen, ob ich meine Beine überschlage, ob ich meine Hände knete, das sieht sie nicht’ und das ist ein total wichtiger Aspekt, um mich zu lesen.“ (Alex – Patient\*in)*

Dieses Lesen der Nuancen in dem besonderen Fall von Alex ist in der Praxis wesentlich leichter anwendbar als per Video und wie bereits geschildert auch besonders bedeutsam aufgrund der angewandten Form der Traumatherapie.

*„Denn der Körper symbolisiert, wenn meine Psyche überfordert ist. [...] Denn ich merke das teilweise nicht und ich lerne es jetzt erst auch zu merken. Und ich kann es vor allem nicht sagen. Es ist NICHT möglich, das zu sagen. Und dann ist das total wichtig, dass man das an meinem Körper erkennen kann. Damit ich da gar nicht erst so richtig in diesen Abgrund falle.“ (Alex – Patient\*in)*

Anders als bei Therapieformen wie der Tanztherapie gibt es bei einer Gesprächstherapie in der Regel keine Berührungen zwischen Patient\*innen und Therapeut\*innen, und wenn doch, dann sind diese auf Händeschütteln zu Beginn des Treffens begrenzt, was zudem seit der Coronapandemie bei vielen weggebrochen ist. Im Gespräch wird Sagbares mit der Körpersprache und dem gesprochenen Wort artikuliert – nicht mit Körperkontakt. Auch in Alex’ Therapie gibt es keine Berührungen, um dissoziative Zustände aufzulösen, sondern Alex wird laut oder die Aufmerksamkeit wird anderweitig gebunden.

*„Wenn wir Traumatherapie machen und ich wieder anfangen, mich einfach so loszulösen, weil es zu viel wird, also ich abschalte, das merkt sie, weil ich dann den Finger hebe. Mittlerweile... mehr geht nicht und das sieht sie auf jeden Fall eher, wenn*

*ich da bin. Und dann wirft sie mir einen Ball zu oder so, dass ich wirklich mich konzentrieren muss und wieder da bin. Oder hält mir Ammoniak-Ampullen unter die Nase.“ (Alex – Patient\*in)*

Dieses Vorgehen ist bei einem Remote-Treffen nicht umsetzbar, da der agierende Körper der behandelnden Person sich nicht am Ort der therapierenden Person befindet. Stattdessen ist Alex ein bisschen mehr auf sich allein gestellt. Zwar sind nicht alle auf so intensive Methoden angewiesen, jedoch wird die begrenzte Körperlichkeit bei den meisten spürbar. Um diese dennoch so natürlich wie möglich zu gestalten, wird bei Remy Wert darauf gelegt, dass

*„[...] ich eher einen Knoten ins Kabel mache, damit es näher an meinem Mund ist. Anstatt das festzuhalten. [...] Ihr geht es darum, dass ich die Hände frei habe und mein Kamera Ausschnitt ist eigentlich so weit, dass das noch geht. Und ich bin auch eine Person, ich gestikuliere halt sehr viel, wenn ich spreche.“ (Remy – Patient\*in)*

Es wird also versucht, die sichtbare Gestikulation weitestgehend aufrechtzuerhalten und nicht durch technische Limitationen zu begrenzen.

Diese genannte Einschränkung der sichtbaren Körpersprache wird bei einem Videochat vor allem durch die Kamera herbeigeführt. Es ist nur sichtbar, was sich vor dieser befindet. Eine Wahrnehmung des ganzen Raumes oder Umfeldes der anderen Person ist nicht möglich, weder visuell noch auditiv. Dieser Sachverhalt kann ein unbehagliches Gefühl mit sich bringen, „[...] weil ich irgendwie durch die Kamera mich dann, auch wenn ich irgendwas mache, ein bisschen beobachtet fühle. Also nicht weiß: wer guckt jetzt gerade noch zu.“

*(Alex – Patient\*in)*

Diese Erfahrung der unbekanntenen Zuschauenden habe auch ich während meiner Forschung machen können. In insgesamt drei Interviews, die ich über Videotelefonie führte, gab es die Situation, dass sich meine Gesprächspartner\*innen plötzlich zur Seite drehten und ein Gespräch mit einer anderen im Raum anwesenden, aber für mich bis dahin nicht wahrnehmbaren Person führten. Die Patient\*innen, mit denen ich sprach, bringen ihren Therapeut\*innen hinreichend Vertrauen entgegen, dass sie von solchen unsichtbaren Anwesenden nicht ausgehen.

Neben dem eingeschränkten Sichtfeld kommt der Videotelefonie noch eine weitere Besonderheit zu, die im Praxiszimmer so nicht existiert: Man sieht sich bei den meisten Programmen selbst.

*„Also das ist so, als würde man mir die ganze Zeit auch einen kleinen Spiegel vorhalten und ich muss mich da immer sehr disziplinieren, einfach nicht hinzusehen. Aber zwischendrin schaue ich mich dann doch mal an und merke: Okay, oh, ich sitze ja ganz krumm da.“ (Chris – Patient\*in)*

Wenn man in diesen *Spiegel* blickt, verlagert sich die Konzentration weg von den Themen in der Sitzung und der therapierenden Person hin zur eigenen Fremdwahrnehmung. Es handelt sich also wieder um eine Situation, die das Therapiegesehen beeinflusst und sogar ausbremsen kann. Weiterhin wird durch dieses Sich-selbst-Beobachten das affektive Handeln beeinflusst. Die therapierende Person, die bereits mit einem viel kleineren audio-visuellen Ausschnitt mit den Patient\*innen interagiert, muss der Deutung der körpersprachlichen Kommunikation nun noch mehr Aufmerksamkeit entgegenbringen.

Bei der Verwendung von Videokommunikationsplattformen wird der eigene Blick in der Regel auf die Augen des Gegenübers auf dem Bildschirm gerichtet, weil wir es durch unsere Sozialisierung in unserem täglichen Leben so gewohnt sind. Für die Person, mit der wir virtuell sprechen, sieht es dadurch häufig so aus, als ob wir unseren Blick nach unten richten. Dies kann den Eindruck entstehen lassen, thematisch nicht ganz beim Gegenüber zu sein. Die Blicke der Gesprächspartner\*innen treffen sich dadurch nie wirklich. Grund dafür ist die Position der Webcam, die in der Regel etwas oberhalb des Bildschirms angebracht ist. Je nach unserer Position relativ zum Monitor und dem Kameraauge ist dieser Effekt mehr oder weniger stark ausgeprägt. Blickt man also direkt in das schwarze Kameraauge, so bekommen die Gesprächspartner\*innen den Eindruck, direkt angesehen zu werden. Im Gegenzug ist es aber nicht möglich, die Mimik und Gestik des Gegenübers direkt zu sehen. Stattdessen nimmt man diese höchstens im peripheren Sichtfeld wahr.

*„In eine Kamera zu blicken, ist für mich, weil ich meine Therapeutin auch kenne und da großes Vertrauen habe, ist nicht das gleiche wie ihr in die Augen zu blicken. Denn bei dieser Art von Kommunikation können wir uns nie gleichzeitig in die Augen blicken. Wenn ich jetzt in die Kamera schaue, dann hast du das Gefühl, ich gucke dich jetzt an, aber gleichzeitig sehe ich nur dieses schwarze Kameraauge und das ist bei mir genauso. Und das merke ich auf jeden Fall, das nimmt irgendwie den ganzen natürlichen Flow, den wir sonst haben und eben auch die Intimität und dieses Gefühl: ich bin hier in diesen Therapieraum.“ (Alex – Patient\*in)*



Ich fragte mich im Laufe der Forschung, welche Bedeutung diesem Augenkontakt für die Beziehung zwischen den Therapierenden und den Patient\*innen zukommt. Wie wichtig ist dieser Augenkontakt in persönlichen Gesprächen und wie wird dementsprechend bei Treffen in der Praxis damit umgegangen?

*„Ich bin auch eher ein Mensch, wenn ich über unangenehme Dinge rede, dann habe ich gerne KEINEN Augenkontakt. [...] Und deshalb finde ich das eher angenehm (lacht) [...] Beziehungsweise es fällt mir sogar leichter in diese Kamera zu gucken, als ihr halt in die Augen zu gucken in dem Moment.“ (Remy – Patient\*in)*

Das Schamgefühl kann ein Grund dafür sein, bei unangenehmen Themen den Blickkontakt zu anderen Menschen vermeiden zu wollen. Die Soziologin Caroline Bohn beschrieb, dass der Augenkontakt Intimität und Nähe zwischen Menschen herstellt. Wenn Scham empfunden wird, so ist für die empfindende Person der Augenkontakt zu anderen nicht mehr möglich, weil es dem Schamgefühl inhärent ist, nicht mehr gesehen werden zu wollen. Blicke werden als unerträglich wahrgenommen. *„Es scheint, als würden sie das Innerste durchdringen und den intimsten und den persönlichsten Kern des Selbst berühren“*, so Bohn (Bohn 2009, S. 16).

Die Vermeidung, dem Gegenüber in die Augen zu schauen, kann auch mit Unehrlichkeit in Verbindung gebracht werden. Auch beim Lügen kann es zum Empfinden von Scham und somit zur Vermeidung des Augenkontaktes kommen. Oder ist es eben dieses Schamempfinden, welches zu einer Lüge führt, um dem durchdringenden Schamgefühl entweichen zu können? Lou und Remy erzählten, dass es im eigenen Interesse liegt, den Therapeut\*innen die Wahrheit zu sagen, um die notwendige Hilfe erhalten zu können.

*„Da ich weiß, dass mir das hilft, wenn ich an mir selber arbeite, und je ehrlicher ich zu mir und dieser Frau bin, desto besser kann ich mir selber helfen und sie mir. Deshalb weiß ich einfach, ich habe nichts davon sie anzulügen. Was bedeutet, [...] ich habe nichts davon ihr quasi nicht virtuell in die Augen zu gucken, in dem Sinne, dass ich sie anlüge.“ (Remy – Patient\*in)*

Lou verwies noch auf einen weiteren Aspekt:

*„Ich bin eh nicht so 'n Blickkontakt-Mensch. Also ich kann das nicht so gut irgendwie. Vor allem wenn es halt um ernste Sache dann geht, dann fällt mir das sehr schwer. Deswegen ist es eigentlich mit auch 'ne Erleichterung, dass ich dann nicht mehr gezwungen bin.“ (Lou – Patient\*in)*

Auch bei Lou führt die Scham zu einer Blickvermeidung. Aus weiteren Gesprächen ließ sich entnehmen, dass daraus eine Distanz geschaffen werden kann, die für manche Patient\*innen als notwendig wahrgenommen wird, um manches überhaupt aussprechen zu können. In Momenten, in denen sich die Personen sehr verletztlich machen, kann es hilfreich sein, den Blick zu vermeiden.

Gleichzeitig kann die Kombination aus emotionaler Ablenkung durch den Habitus des Gegenübers und der eigenen geistigen Anstrengung die Patient\*innen überfordern. Die Blickvermeidung kann helfen, sich den Informationen, die aus einer Interpretation der Gesichtszüge der Gesprächspartner\*in erhoben werden, zu entziehen. Dadurch kann eine emotionale Ablenkung vermieden werden. Ein Grund, warum wir weg- und nicht in die Augen schauen, kann also sein, dass wir unser Gehirn vor einer Überlastung schützen wollen. Die Kognitionspsycholog\*innen Shogo Kajimura und Michio Nomura zeigten in einer Studie, dass es zu anstrengend sein kann, Augenkontakt aufrechtzuerhalten und gleichzeitig im Gehirn nach passenden Worten zu suchen. Aus diesem Grund bevorzugt das Gehirn einen Abbruch des Blickkontakts, um sich ausschließlich auf die Wortfindung konzentrieren zu können (Kajimura und Nomura 2016).

#### 4.3.3.2 Paraverbale Kommunikation

Wenn sich Personen aber nicht an einem gleichen Ort befinden und ganzheitlich wahrnehmen können, kann es zu Missverständnissen in der Kommunikation führen. Die paraverbale Kommunikation kann helfen, diesen strukturellen Mangel abzdämpfen, da sie einen Einfluss auf das Entziffern unserer verbalen Kommunikation hat. Zu dieser Form der Kommunikation zählen Aspekte im Verlauf des Sprechens, abgesehen von der Sprache selbst: Stimmlage, Lautstärke, Sprachmelodie sowie Schweigen. Über diese Pausen und die Überbrückung durch die Stimme sprachen auch meine Forschungsteilnehmenden.

So können den Gegenübern Informationen entgehen, die sich darauf beziehen, ob eine Pause im Gespräch entsteht, weil nachgedacht wird oder weil für den Moment alles gesagt ist.

*„Es gibt halt, wenn ich live bei ihr bin, auch immer mal Momente, immer wieder, in denen wir einfach beide schweigen, so, und ich nachdenke [...] Und dieses, sozusagen einfach nur nebeneinander existieren und sich, also beobachten oder nachdenken oder so, das funktioniert nicht so gut über das Medium Videocall. Allein wegen dem Bildausschnitt und weil's sich irgendwie komisch anfühlt zu schweigen. [...] ich hatte das Gefühl, da war so ein ständiges: es ist gut, wenn wir jetzt einfach weiterreden, sonst*

*ist es irgendwie awkward und seltsam oder so. Ja, das kann manchmal auch ziemlich unangenehm sein.“ (Momo – Patient\*in)*

Eine entstehende Lücke in der Kommunikation und die damit verbundene Stille sind online schwieriger auszuhalten. Dabei ist dieses von Momo erwähnte Schweigen ein bedeutender Teil der menschlichen Kommunikation. Der Moment, in dem niemand etwas sagt, ist keinesfalls eine Abwesenheit von Kommunikation. Sobald „[...] der Schweigende mit seiner Wortlosigkeit eine Absicht verfolgt, ist Kommunikation im vollen Gange, und frühestens dort, wo der Interaktionspartner das Schweigen deutet, beginnt sie. So beeinflusst das Schweigen insbesondere die Beziehungsebene und weniger die Inhaltsebene [...].“ (Basil und Piwinger 2002, S. 2005f.). Häufig wird dieser Form der Stille kaum Bedeutung zugeschrieben. Erst wenn Gesprächsbeteiligte einen Dialog erwarten, wird das Schweigen spürbar. Es kann als eine spezifische verbale Form mit nonverbaler Kommunikation gemischt werden, wodurch, bewusst oder unbewusst, die Absicht der Schweigenden hervorgehoben wird. Der angeschwiegenen Person bleiben zahlreiche Deutungsmöglichkeiten. (Basil und Piwinger 2002, S. 2005f.).

Dabei ordnet Basil unterschiedliche Phänomene dem Schweigen zu: Warten, Verschweigen, Aussageverweigerung, aber auch die Pausen, die als Unterbrechungen in jedem Kommunikationsprozess vorkommen können, jedoch nicht mit Schweigen gleichzusetzen sind. Bei Pausen handelt es sich um spontane oder geplante Unterbrechungen bei einer verbalen oder medial vermittelten Kommunikation. (Basil und Piwinger 2002, S. 2007).

Während einer Therapiesitzung kann das Schweigen von Behandelnden bewusst genutzt werden, um die Gedankenfreiheit der Patient\*innen und somit die Bildung von Reflexionsprozessen zu fördern. „Wenn der Therapeut mehr oder minder schweigend auf das Sprechen des Patienten reagiert, entsteht eine Leere, die der Patient in den allermeisten Fällen spontan zu füllen sucht. Dadurch werden sehr häufig Ideenketten angestoßen und gefördert“, so erläutert es die Psychologin Heenen-Wolff (Heenen-Wolff 2016, S. 54). Im Fall der Verschiebung der Kommunikation in ein virtuelles Setting, lässt sich diese Vorgehensweise kaum umsetzen, weil zu viele Aspekte zu einer Fehlinterpretation führen können:

*„Mir geht es halt so, wenn ich mit jemandem über das Telefon rede, dass ich mich immer wieder erwische, dass ich halt ruhiger werde und, oder so merkwürdige Pausen gibt. Und wenn mein Gegenüber mich nicht so gut kennt, dann kann das schon manchmal passieren, dass da so 'ne verwirrende Situation da einfach entsteht. Und dann so: Hallo, sind Sie noch dran? – Ja, ich überlege.“ (Chris – Patient\*in)*

Das Medium, durch welches kommuniziert wird, distanziert die Sprechenden aufgrund der verzerrten Darstellung. Da in einem virtuellen Setting Unsicherheiten bezüglich der Ursache der vorherrschenden Stillen vorhanden ist, ist es für die an der Kommunikation beteiligten Personen schwieriger diese auszuhalten. Wenn sich die Gesprächspartner\*innen am gleichen Ort befinden, wird es für sie leichter, die Ursachen für eine entstandene Unterbrechung wahrzunehmen. Eine Pause kann genutzt werden, um den Blick im Raum umherschweifen zu lassen. Therapeut\*innen können diese Zeit auch zum Wahrnehmen der Körperhaltung der Patient\*innen verwenden. Oder beide können die Stille zum Nachdenken nutzen.

Virtuell können Nuancen in der Kommunikation nicht mehr wahrgenommen werden. Somit ist es schwerer, entstehende Pausen einzuordnen, weil der Habitus des Gegenübers nicht hinreichend gelesen werden kann. Online kann bei einer Nicht-Antwort des Gegenübers die Frage aufkommen, ob es sich um ein nachdenkliches Schweigen oder eine technische Störung handelt.

*„Wenn du das per Video machst, hast du einen kleineren Ausschnitt, der nochmal irgendwie anders verzerrt ist. Und beim Telefon hast du halt eigentlich 'nen komprimierten Null-Ausschnitt. Du hast ja nur [...] die Stimme. [...] und das bringt natürlich die Schwierigkeit mit sich, dass man auch schwer Lesen kann, was jetzt auch gedanklich passiert. Also ob jetzt gerade eine Schweigeminute herrscht, weil jemand nachdenkt, ob eine Schweigeminute herrscht, weil irgendwie der Faden weg ist.“ (Chris – Patient\*in)*

Diese Begrenzung der Kommunikation führt dazu, dass dem gesprochenen Wort eine erhöhte Aufmerksamkeit entgegengebracht wird:

*„Man steigert nochmal seine Konzentration der Sprache, also im Sinne von: Ich muss mich noch mehr konzentrieren, damit ich möglichst klar ausdrücke, was jetzt passiert. Ich kann das nicht mit Gestik und Mimik unterlegen oder zusätzlich bestücken. Und das ist natürlich ein immenser Unterschied oder ein Eingriff in so 'n Beziehungsgeschehen.“ (Chris – Patient\*in)*

Nicht nur das gesprochene Wort ist signifikant, sondern auch die Stimme ist ein wichtiges Werkzeug zum Transport von Emotionen. So erzählte Remy, dass der strukturelle Mangel an körperlicher Ausdrucksform ein Stück weit durch eine lautere Artikulation überbrückt werden kann. Es müssen also beide Gesprächspartner\*innen verstärkt sprachlich artikulieren, was sie

sonst körperlich zum Ausdruck bringen könnten. Auch Chris verwies darauf, „sprachlich konzentrierter [zu sein,] um das irgendwie zu kompensieren.“

Remy und Lou sind sich trotz der Beeinträchtigungen bei einem virtuellen Treffen sicher, dass ihre Therapeut\*innen einschätzen können, wie sie körperlich reagieren, auch wenn dies nicht direkt gesehen werden kann, weil zum Beispiel die Hände außerhalb des Kamerawinkels geknetet werden: *„Also ich glaub, sie merkt das vielleicht auch an meiner Stimme.“ (Lou – Patient\*in)*

Eine ähnliche Wahrnehmung schilderte auch Kim:

*„Ich denke aber auch, dass ich die Stimmlage da ein Stück weit verändert. Das man das nicht im speziellen erklärt, sondern dass man das eben an der veränderten Stimmlage so ein Stück mitbekommt.“ (Kim – Patient\*in)*

Dabei ist die Körpersprache in beide Richtungen bedeutsam. Denn auch die Patient\*innen benötigen ein visuelles Feedback, welches vor allem bei einem telefonischen Kontakt nicht mehr vorhanden ist. Lou berichtete in diesem Zusammenhang, dass sich die Sprachmelodie ebenfalls auf beiden Seiten, also bei Therapierenden und Patient\*innen, anpasse:

*„Wenn ich mit meiner Therapeutin dann per Telefon telefoniere, kann ich mir sie tatsächlich vorstellen und weiß auch ungefähr, wie sie jetzt wohl gerade... Und sie hat eine sehr ausdrucksvolle Stimme, sag ich mal so und betont halt einfach gut. Deshalb weiß ich dann auch meistens, wie sie 's da meint und brauch dann ihre Körpersprache nicht. [...] Und deshalb ist sie eigentlich sehr präsent, dann, wenn ich mit ihr telefoniere durch ihre Stimme.“ (Lou – Patient\*in)*

Wird die begrenzte körperliche Ausdrucksweise also durch ein Spiel mit der Stimmlage überwunden? Wie bereits geschildert, setzt sich die zwischenmenschliche Kommunikation aus einer verbalen sowie einer nonverbalen und einer paraverbalen Ebene zusammen. Es ist also möglich, Emotionen mit Hilfe des Tonfalls stärker zu verdeutlichen und somit ein Verständnis bei der empfangenden Person – auch ohne Körpersprache, Mimik oder Gestik – zu erlangen. Die Sprachmelodie kann somit einen Teil der nicht vorhandenen visuellen Lesbarkeit des Gegenübers überbrücken. Dennoch ergeben sich Aspekte, die mit dieser Form der Kommunikation weiterhin in ihrer Umsetzbarkeit begrenzt bleiben.

#### 4.3.4 Methoden und eingeschränkte Wirksamkeit

In Tonis und Lous Therapie wurde durch die therapierende Person in manchen Sitzungen ein Whiteboard genutzt. Toni berichtete, dass dieses in den Videotherapie-sitzungen weiterhin Anwendung fand. Da Lou einige Sitzungen telefonisch erlebte, konnte das Whiteboard in diesen Fällen nicht genutzt werden. Lou erzählte mir, dass diese Methode nicht *„das Ultimative ist, was mich dann zu Lösung bringt. [...] Es ist jetzt nicht der Kern der Lösung.“* Lou benötigt die visuelle Darstellung nicht, um einen Lösungsvorschlag zu verstehen, und verwies in diesem Zusammenhang auch darauf, dass das Fehlen dieser Methode bei den virtuellen Therapiesitzungen bisher nicht aufgefallen sei.

Anders kann dies bei Gruppentherapien sein oder dann, wenn beispielsweise ein Therapiehund zum Einsatz kommen soll. Diese Aspekte müssten aber aufgrund des Rahmens außerhalb dieser Arbeit Betrachtung finden.

Eine Grenze der Anwendbarkeit von Methoden innerhalb des Therapiegeschehens erlebte Remy und berichtete mir von einer Therapiestunde, in der eine Übung unter Anleitung der therapierenden Person durchgeführt wurde, die beide bisher nur im Therapieraum ausgeführt hatten. Denn bei dieser Übung ist es notwendig, dass sich beide, Patient\*in und Therapeut\*in, im Raum bewegen und miteinander interagieren. Es sollte eine Alltagssituation, die sich auf Kontakt mit fremden Menschen im öffentlichen Raum bezieht, nachgestellt werden. Aufgrund der räumlichen Trennung der beiden Personen war ein solches Rollenspiel nicht gleichermaßen umsetzbar.

*„Es ist eine Schematherapie. Was bedeutet, wir teilen meine Persönlichkeit in unterschiedliche Anteile auf, die unterschiedlich laut sind, sag ich mal. Und sie [die therapierende Person] würde halt eigentlich diese Persönlichkeitsanteile auf unterschiedliche Stühle setzen. Und zwar im wortwörtlichen Sinne. Und das ist was völlig anderes in einer Online-Therapie, weil ich das jetzt selber machen muss.“ (Remy – Patient\*in)*

Dennoch haben beide versucht, diese Übung im virtuellen Kontext umzusetzen. Die Wirksamkeit im Therapieraum war mit einer intensiveren körperlichen Bezugnahme und anderen Voraussetzung durch das Vorhandensein von Hilfsmitteln wie Stühlen effektiver. Der Aufwand der Umsetzung ist im eigenen Wohnraum für Remy höher, da die Logistik schwieriger umzusetzen ist, unter anderem wegen einer nicht hinreichenden Anzahl an Stühlen.

Die Diplom-Psychologin und Psychotherapeutin Christiane Eichenberg verweist darauf, dass es für eine gelingende videobasierte Psychotherapie zentral ist, dass den Therapeut\*innen und den Patient\*innen die Unterschiede bewusst sind, die durch dieses neuartige Format hervorgerufen werden. Dennoch sei es in der vorherrschenden pandemischen Situation aber auch notwendig, auf bekannte und bisher in der Therapie erarbeitete Methoden zurückzugreifen. Unterschiede im Setting sollen bewusst gemacht werden und gleichzeitig ist es hilfreich, an Bekanntes anzuknüpfen. Um im Online-Setting haltgebende Strukturen aufzubauen, kann es außerdem von Vorteil sein, wenn die therapierende Person beispielsweise immer am selben Platz sitzt. (Eichenberg 2020, S. 76)

Neben den Methoden im therapeutischen Prozess herrscht auch ein Mangel bezüglich der Ausführbarkeit von unterstützenden Interaktionen. Handlungsspielräume werden im virtuellen Format beschnitten und die Wirksamkeit von Therapeut\*innen erfährt eine Einschränkung:

*„Sie sorgt dafür, dass das Fenster aufgemacht wird. Oder sie sagt mir: Ich merke, dass Sie zittern. Trinken Sie mal einen Schluck! Das sieht sie alles nicht. Ich kann das in dem Moment nicht kommunizieren. Ich kann es einfach nicht.“ (Alex – Patient\*in)*

Dani berichtete ein ähnliches Erleben:

*„Ich neige dazu, manchmal wie ein Schloshund zu heulen, und dann kann sie eine Packung Taschentücher rüber reichen oder mal ein Glas Wasser. Und das kann man zwar sagen, das versucht sie dann halt manchmal auch. Ja, haben sie ein paar Taschentücher. Nehmen sie sich doch mal eins. Aber es ist doch anders.“ (Dani – Patient\*in)*

Es hat einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Fürsorge, ob die Taschentücher selbst gegriffen werden, oder ob ein\*e Therapeut\*in sie einem reicht. Im virtuellen Kontext ist es den therapierenden Personen nicht möglich, in der gleichen Intensität auf die Patient\*innen einzugehen wie in Präsenz. Die Behandelten nehmen die entgegengebrachte Fürsorge als eingeschränkter wahr und erfahren Gesten und Handlungen in geringerem Umfang. Die Grenze der Wirksamkeit ist somit schneller erreicht. Ein Einfluss auf das Vertrauen oder die emotionale Disposition gegenüber der therapierenden Person wurde nicht wahrgenommen, da die Ursache nicht bei dem Gegenüber, sondern in einer externen Quelle gesehen wurde.

*„Ansonsten hab’ ich das Vertrauen zu ihr... Da hat sich nichts verändert, weil ich ja weiß, dass es nicht an ihr liegt, dass wir jetzt gewisse Dinge nicht so machen können.“*

*Sondern eben an den Umständen und das ist in diesem Fall ja auch Sinn ergibt und sie das nicht macht, was für mich total wichtig ist, weil sie keinen Bock hatte aus dem Haus zu gehen oder so.“ (Alex – Patient\*in)*

Die Anwendung unterschiedlicher Methoden innerhalb der Psychotherapien der Patient\*innen tangiert also jede Person und jede Erfahrung individuell. Je nachdem, wie notwendig die Methode für den Therapieerfolg wahrgenommen wird. Aufgrund des Konzeptes einer Traumatherapie ergibt sich bei Alex ein besonderer Fall.

Zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) findet im Rahmen von Alex' Traumatherapie EMDR Anwendung. „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ (EMDR) ist ein von Francine Shapiro (Shapiro 1989) entwickelter therapeutischer Ansatz, der darauf basiert, dass jeder Mensch über einen natürlichen Informationsverarbeitungsmechanismus verfügt. Dieser kann durch traumatische und hochgradig belastende emotionale Erfahrungen blockiert werden.

Während des EMDR-Prozesses ermöglichen geleitete Augenbewegungen, auch bilaterale Stimulation genannt, die adaptive Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. In der Umsetzung läuft es so ab, dass Patient\*innen den Fingern der therapierenden Person mit den Augen folgen, während sich die Hand abwechselnd nach links und rechts bewegt. Ersatzweise können Töne, Licht-Impulse oder das Berühren der Handrücken der Patient\*innen eingesetzt werden. Dies geschieht, während sich die Patient\*innen gemeinsam mit ihrer therapierenden Person achtsam das traumatisierende Geschehen in Erinnerung rufen. EMDR wirkt auf die gekoppelten Blockaden und aktiviert durch bilaterale Stimulation den angeborenen Selbstheilungsmechanismus (Balbo et al. 2019, Shapiro 1989, 2001).

Dieses Verfahren lässt sich virtuell jedoch nicht anwenden. Für Alex ist es aber ein wichtiger Bestandteil der Therapie, wodurch in diesem Fall eine besondere Einschränkung erlebt wird. Es führt weiterhin dazu, dass die Intensität der therapeutischen Sitzung im virtuellen Kontext nicht so wirksam umgesetzt werden kann.

*„Es ist allerdings auch so, dass ich gar nicht so, bis auf ein einziges Mal, auch noch nicht so richtig in die Nähe von diesen dissoziativen Episoden gekommen bin. Und das hat zum einen den Grund, dass wir eben dann nicht ganz so tiefgründig sind und es dann auch nicht ganz so schnell und so ganz intensiv wird.“ (Alex – Patient\*in)*



Aufgrund der technischen Besonderheiten bei einem virtuellen Treffen per Computer oder Telefon können die Beteiligten einer Therapiesitzung nicht so intensiv wie gewohnt in die Tiefe der Inhalte eindringen wie üblicherweise im Praxisraum. Da die Körpersprache nicht gelesen werden kann und mit Unterbrechungen gerechnet werden muss, werden Themen vorsichtiger besprochen. Wie bereits festgestellt wurde, kann mit Hilfe von Sprache eine gewisse Abhilfe geschaffen werden, jedoch bleiben manche Methoden an eine körperliche Anwesenheit gebunden und sind somit in einem virtuellen Kontext nicht umsetzbar. In extremeren Fällen folgt daraus, dass es zu vermeiden gilt, die Kontrolle über die Behandelten zu verlieren, da aufgrund der räumlichen Distanz in solch einem Fall nicht hinreichend interveniert werden kann. Zusammenfassend heißt das, dass der Übergang in eine virtuelle Umgebung sowohl Auswirkungen auf die Kommunikation als auch die Anwendung diverser Therapiemethoden hat.

#### **4.4 Besonderheiten im eigenen Wohnraum**

Wenn Therapie im eigenen Wohnraum stattfindet, hat dies bereits Auswirkungen auf die Therapieerfahrung. Weithin kommt bei dieser Form der Abhandlung einer Psychotherapie außerdem hinzu, dass kein Anfahrts- oder Rückweg bewältigt werden muss, um zur Praxis oder nach Hause zu gelangen. Ein weiterer Umstand, der mit dieser Situation einhergeht, ist, dass der alternative Therapieraum auf unterschiedliche Weise auf das Individuum einwirken kann und somit einen Einfluss auf die Wahrnehmung des Settings ausübt. Dabei ist der Raumwechsel nicht auf Patient\*innen beschränkt, sondern kann auch für Therapierende zu einer Notwendigkeit werden. Diese Aspekte sollen im Folgenden näher betrachtet werden.

##### **4.4.1 Der Hinweg**

Patient\*innen berichteten mir von der Bedeutung, die die Anfahrtswege zur beziehungsweise Rückwege von der Therapie, für sie hatten. Diese wurde unter anderem als Vor- oder Nachbereitungszeit angesehen. Diese Wege haben die Patient\*innen aber auch in einen räumlichen Abstand zum emotional konnotierten Erleben ihrer Therapiestunde versetzt. Diese An- und Abreise führte somit zu einer räumlichen sowie auch zeitlichen Distanz, der eine besondere Bedeutung im Erleben zugeschrieben wird, auf welche in diesem Unterkapitel näher eingegangen werden soll.

Um mentale Räume, den privaten vom therapeutischen, voneinander zu trennen, können die Fahrtwege zu einem psychisch erlebbaren Praxisraum helfen. Dabei kann der Weg zur Therapie zu einem strukturgebenden Mittel im Alltag werden. Kim hatte zur Zeit unseres Gespräches

keine Arbeit und auch Alex hatte kaum Termine außerhalb der Wohnung. „*Uni packe ich nicht, Arbeit ist im Homeoffice. Und Verabredung sind nicht routiniert. Es ist beruhigend zu wissen, dass ich einmal die Woche das auf die Probe stelle*“, so Alex.

Das Wahrnehmen der Therapiestunde kann als leichter durchführbar wahrgenommen werden, wenn keine Strecke überwunden werden muss. Dadurch wird die Hürde für das Teilnehmen an einer virtuellen Therapiesitzung kleiner. Es stellte sich mir die Frage, ob es vielleicht den Zugang zur Therapiesitzung erleichtert, wenn die Hürden des Rausgehens, Fahrtwege und andere Aspekte wegfallen, wenn also nur der Laptop geöffnet werden muss und man mit wenigen Klicks in das Therapiesetting eintreten kann. Ich nahm an, dass es für Patient\*innen leichter ist, den Termin zu Hause wahrnehmen zu können, weil keine längeren Strecken überwunden werden müssen und sich der Aufwand für das Abhalten der Sitzung verringert. Einige meiner Gesprächspartner\*innen nannten mir pragmatische Punkte, warum es für sie attraktiv sein kann, keinen Fahrtweg zur Therapiestunde zu haben. Diese reichten vom Schlafrhythmus bis hin zu Fahrtkosten. Trotz des mit dem Weg verbundenen Überwindens, das Haus zu verlassen, sich in die Gesellschaft zu begeben und die Praxis aufzusuchen, verwiesen die meisten Menschen, mit denen ich sprach, auf die Bedeutsamkeit dieser Konfrontation.

*„Aber es ist ja auch ein bisschen betukken. Ich bin ja auch in Therapie, weil ich wirklich auch was ändern will, weil ich endlich mal wieder was fühlen möchte. Und es ist schon verlockend, sich dann zu sagen, wir würden das wirklich immer online machen können. Aber da ist irgendwie, ich glaube, da ist auch noch ein erwachsener Anteil<sup>3</sup> in mir, der dann sagt: Naja, mag sein, dass das Vorteile hat, aber denk mal drüber nach, was die Konsequenzen sind. Wenn wir es uns aber nur gemütlich machen und überhaupt nicht mehr über den Tellerrand schauen, dann würde ich nämlich – ohne Flachs – aus diesen vier Wänden nie wieder herauskommen, glaub ich, wenn ich das nicht regelmäßig auf die Probe stellen würde, dass es noch geht und wirklich nicht erzwingen würde.“ (Alex – Patient\*in)*

---

<sup>3</sup> Die Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen geht auf unterschiedliche Persönlichkeitstheorien zurück. Persönlichkeiten sind demnach mit einem inneren System vergleichbar, in dem verschiedene Anteile wirken, wobei jedem eigene Funktionen, Aufgaben, Kompetenzen und Meinungen zugeordnet werden können. Dabei können Anteile kooperieren oder sich widersprechen. Zur Erklärung der inneren Prozesse unserer Persönlichkeit hat Schulz von Thun die Metapher des „inneren Teams“ verwendet. (Schulz von Thun, 2017) Gunther Schmidt und andere Systemiker wählen die Bezeichnung der „inneren Familie“. (Schmidt, 2018) Virginia Satir entwickelte die Methode „Parts Party“. (Satir et al., 2011)

Auch Kim sprach sich für die Relevanz des Termins außerhalb der eigenen Komfortzone aus und betonte in unserem Gespräch ebenfalls den Aspekt der Routine und Sicherheit.

*„[...] dass ich da regelmäßig einmal die Woche zumindest in die Stadt fahre, um den Termin im öffentlichen Leben in Anführungszeichen... also ich bewege mich durch die Gesellschaft so ein Stück weit und zieh mich da nicht komplett raus. Und ich glaube, dass das für viele Leute sehr wichtig ist.“ (Kim – Patient\*in)*

Viele Patient\*innen verwiesen auf die Notwendigkeit sowie den eigenen Wunsch, sich selbst zu überwinden, sich in die Gesellschaft zu begeben und sich aus der eigenen Komfortzone herauszubewegen. Dahinter steht ein Antrieb, sich gegen eigene Vermeidungsstrategien zu wenden.

*„Seit meiner Depression ist es für mich schwierig, meinen Arsch hochzukriegen. Also anders als vorher im Leben, wenn man einfach Sachen macht, wie Kaffeekochen, was bedeutet: Okay, ich koche Kaffee. Anstatt dass man sich überlegt: Okay, da muss ich die Schranktür öffnen, den Filter rausholen, die Kaffeedose öffnen [...]. und für mich ist rauszugehen total wichtig. Also eine Routine zu haben. Einmal die Woche zu wissen, ich muss auch eine längere Strecke durch [die Stadt] fahren und kann nicht nur meine ganz bekannten und relativ sicheren Wege nehmen, sondern muss mich wirklich entblößen. Fühlt sich zumindest für mich so an und ist auch immer wieder auch schwierig. Aber für mich ist Therapie zu haben dann auch eine Belohnung. Deswegen ist es für mich möglich.“ (Alex – Patient\*in)*

Der Anfahrtsweg, also der Weg zu einer Therapiesitzung, umfasst für Remy und Chris die Dauer von ungefähr einer Stunde. Beide berichteten mir von ihrer Nutzung des Weges für die mentale Vorbereitung auf die jeweilige Sitzung.

*„Je näher ich dem Ziel komme auf dem Hinweg, also zu der Praxis, desto mehr konkretisieren sich auch meine Gedanken und ich kann mich besser sammeln und brainstorme, meistens im Bus, was ich überhaupt thematisieren möchte.“*

*(Chris – Patient\*in)*

Je nach Therapiephase können die anstehenden Themen als mental belastend erfahren werden. Somit überkommt die Patient\*innen auf der Hinfahrt oft eine Nervosität, Belastung oder eine Anspannung. Dennoch schreibt Remy dem Weg mit folgender Schilderung eine positive Konnotation zu: *„Auch wenn es mich aufgeregt macht und nicht positiv ist. Aber es sorgt dafür,*

*dass ich irgendwie in das richtige mind setting komme, um mich darauf einzulassen.“ (Remy – Patient\*in)*

Die mentale Vorbereitung während der Busfahrt auf den Weg zur Therapie fand auch in meinem Gespräch mit Lou Bekräftigung. Zuhause aber führt das Nichtvorhandensein der Hinfahrt dazu, dass sich die Patient\*innen nicht so intensiv mit der anstehenden Therapie auseinandersetzen und somit der Übergang vom Alltag in das Therapiegesehen erschwert wird. Es gibt kein Rausgehen, keinen zurückzulegenden Weg und bei manchen auch kein virtuelles Wartezimmer.

*„Wenn so akute Ereignisse grad stattfinden, dann weiß ich, was ich thematisieren möchte. Aber manchmal ist es so, dass ich halt noch im Alltag irgendwie am Wuseln bin und dann plötzlich die Therapiesitzung näher rückt und ich eigentlich mir denke: ich hab’ jetzt gar keine, gar keine Kapazitäten dafür. Ich will das nicht.“ (Chris – Patient\*in)*

Viele schilderten, dass sie ohne Anfahrtsweg einige Zeit benötigen, um im virtuellen Therapiesetting anzukommen und in die Sitzung thematisch einsteigen zu können. Statt sich in eine mentale Konfrontation mit anstehenden Thematiken zu begeben, haben viele Patient\*innen die Tendenz, vor einer Online-Therapiesitzung in die Vermeidung zu gehen.

*„[Ich] will mich nicht konfrontieren und all das und ziehe mich dann tausendmal um, oder was so halt meine Issues sind, und denke dann, es passt irgendwie nicht richtig rein. Also das hab’ ich schon wahrgenommen, dass ich eher dann in so Prozesse reinkomme, in denen ich diese therapeutische Sitzung dann als störend empfinde, wenn ich dann hier allein in der Wohnung bin und kurz vor der Therapiesitzung mich hier in den Räumlichkeiten bewege.“ (Chris – Patient\*in)*

Im eigenen Wohnraum fällt also die Vorbereitungszeit weg, die sich bei den Treffen vor Ort durch die Fahrtwege auf eine natürliche Art ergibt. Das Überdenken von Thematiken, die in der Sitzung besprochen werden sollen, müsste nun bewusst und künstlich erzeugt werden, um die Zeit während des Anfahrtsweges zu ersetzen. Jedoch nahm sich niemand, mit dem ich während meiner Forschung sprach, bewusst diese Zeit. Lou begründete dieses Vorgehen damit, dass es sich nach verschwendeter Zeit anfühle, sich vor der Sitzung einige Minuten vorzubereiten. Stattdessen schaute sich Lou *„Sachen auf dem Handy“* an.

Auch Remy reflektiert dieses Vorgehen und erklärte die Ablenkung damit, dass *„es mir auch manchmal so ein bisschen Angst macht oder mich so ein bisschen nervös macht, weil ich weiß, dass jetzt Therapie ist und ich an mir arbeite. Das ist anstrengend. Und dann lenke ich mich lieber bis zur Sekunde vorher ab.“* (Remy – Patient\*in)

Dieser daraus resultierende Stressfaktor verflüchtigt sich, sobald die therapeutische Sitzung beginnt und sich die Patient\*innen in eine begleitete Auseinandersetzung mit ihren Thematiken begeben.

#### **4.4.2 Einflüsse auf das Erleben**

Bei einer virtuellen Psychotherapiesitzung können sich Probleme ergeben, die von der reinen Technik, der Hardware und der Internetverbindung oder dem Empfang unabhängig sind. So kann zum Beispiel auch Lärm zum Abriss der Konzentration und zur Störung des Gesprächs beitragen. Lou berichtete von einer Baustelle vor dem Haus und Dani von einer stark befahrenen Straße vor dem Fenster der Wohnung. Natürlich können solche Störfälle auch im Offlinesetting auftreten. Weitere Störfaktoren bei einem virtuellen Treffen können unter anderem von Nachbar\*innen oder Mitbewohnenden herbeigeführt werden. Diese können aber auch unabhängig von der Geräuschkulisse die Therapieerfahrung beeinflussen. So ist eine Psychotherapie ein Setting, in dem Behandelte über oft stark emotional konnotierte Erlebnisse sprechen, Themen, die man in diesem geschützten Rahmen der Therapie bearbeitet, aber in der Regel aus unterschiedlichsten Gründen nicht in diesem Ausmaß mit anderen Menschen teilen möchte. Wenn die Möglichkeit besteht, von Nachbar\*innen oder Mitbewohnenden, Eltern oder Partner\*innen gehört zu werden, so kann sich dies hemmend auf die Therapie auswirken.

Die Menschen, mit denen ich sprach, haben unterschiedliche Lösungen für diese Situation gefunden: indem die Anwesenden die Wohnung verlassen haben, Termine der Therapie so gelegt wurden, dass andere zu dieser Zeit auf der Arbeit waren, oder indem man sie bat, Musik zu hören und sich anderweitig zu beschäftigen. Remy hat während der ersten Corona-Welle Anfang des Jahres 2021 den Lebensmittelpunkt für einige Monate in das Haus der Eltern verlagert und berichtete mir Folgendes:

*„Ich habe immer das Zimmer genommen, was am weitesten weg ist, quasi in der Wohnung. Meine Eltern sind sehr gut irgendwie darin, meine Privatsphäre zu respektieren. Deshalb ging das sehr, sehr gut. Ich mache das immer mit Kopfhörern, nicht nur, damit sie mich besser verstehen kann, sondern auch, damit andere Leute sie nicht hören.“* (Remy – Patient\*in)

Neben schambesetzten Inhalten können auch im Wohnraum anwesende Personen selbst zum Thema in einer Therapiesitzung werden. Somit ist es in beiden Fällen erwünscht, dass niemand zu einer indirekt teilhabenden Person wird. Vor allem zu Hause, wo Eltern oder Mitbewohnende in Nachbarräumen sind, herrschen Hemmungen und Scham bezüglich einer starken Emotionalität vor. Manche Behandelte fühlten sich wegen potenziell Zuhörenden nicht so frei zu reden: *„Wenn ich so emotional werde und dann weine oder ich werd' lauter oder so und dann glaube ich, hätte ich mich nicht so frei gefühlt, so aufbrausend zu sein.“* Momo beschreibt, wie sie im Praxiszimmer ihren affektiven Gefühlen mehr Ausdruck verleihen kann. Der Therapieraum wird als sicherer gelesen, um für die Auslebung starker Emotionen keine externe Wertung oder Verurteilung zu erfahren. Es ist den Patient\*innen also gestattet, den Regeln und sozialen Rollen des therapeutischen Rahmens entsprechend laut und emotional werden zu können.

Im Laufe des Jahres kehrte Remy in ihre Wohnung in Berlin zurück. Auch dort gab es Menschen zum Zeitpunkt der Online-Therapiesitzungen in Remys Umgebung. Die Auswahl eines Zimmers, welches eine möglichst große Entfernung zu anderen Menschen bietet, war nun nicht mehr gegeben. Remy bat andere Personen in der gleichen Wohnung, in der die Therapiesitzung online stattfand, sich anderweitig zu beschäftigen: *„Ich kann auf jeden Fall frei sprechen, weil ich denen vertraue, dass sie dabei Musik hören oder sich in irgendeiner Form ablenken, so dass sie es nicht hören können.“* (Remy – Patient\*in) Um weitere potenzielle Störungen zu vermeiden, schalteten die meisten ihr Telefon stumm, schlossen Messaging-Dienste oder E-Mailprogramme auf ihren Laptops und schalten potenziell störende Geräte ab und informierten Mitbewohnende, in der kommenden Stunde nicht gestört werden zu wollen.

Eine andere Quelle für Unterbrechung könnte aber auch das Geräusch einer Klingel sein, zum Beispiel wegen Postzustellungen oder Nachbarn. Diese Situation war, zum Zeitpunkt meiner Gespräche, bei niemandem eingetreten. Und wenn dem so wäre, würde zumindest Remy die Tür in diesem Fall nicht öffnen, denn:

*„[...] meistens weine ich während meiner Therapie. Das bedeutet, ich müsste sehr verweint meine Tür öffnen und das ist für mich keine Option. Ich hätte keine Lust, da in dem Moment jemanden von außen da an mich ranzulassen in irgendeiner Form.“* (Remy – Patient\*in)

Meine Gegenüber fanden es unterschiedlich schlimm, während der Therapie eine Störung zu erfahren. Dies steht in Abhängigkeit mit den Themen und der Tiefe während der Sitzung und der Emotionalität des Einzelnen.

Es herrschen also unterschiedliche Möglichkeiten vor, wie wirksam auf die Körperlichkeit in einem Praxisraum oder einem privaten Raum mit virtueller Verbindung Bezug genommen werden kann. So lässt sich einem persönlichen Gespräch vor Ort aufgrund gegenseitiger Wahrnehmung eine intensivere körperliche Erfahrung verzeichnen. Momo erzählte, wie in einem vertrauten Wohnraum intensivere emotionale Erfahrungen erlebt wurden, weil das eigene Zuhause viel stärker mit persönlichen Erinnerungen und Erlebnissen verknüpft ist, im Gegensatz zum Praxiszimmer.

*„Ich nehme mich selber intensiver wahr sozusagen. Also dadurch, dass ich umgeben bin, wie gesagt, von 'nem Raum, mit dem ich mich ja auch ein Stück weit identifiziere. [...] bei meinen Eltern ist es eben auch so, mein Zimmer quasi, somit auch gefüllt [...] mit Erinnerungen an die Kindheit [...]. Ich konnte mir selber ja gar nicht entfliehen. [...] Ich war ja da in meiner eigenen Soße. [...] Und das hat dazu geführt, dass ich sozusagen die Therapeutin, die ja vor dem anderen Bildschirm in einem anderen Raum sitzt [...] soweit aber ein Stück weit von mir distanzieren konnte, sodass ich eben mehr wirklich nicht nur IHR erzählt, sondern auch MIR erzählt habe, würde ich sagen.“*  
(Momo – Patient\*in)

Der Raum, welcher als alternativer Therapieraum fungiert, in diesem Beispiel Momos Kinderzimmer, wirkt sich auf die eigene Wahrnehmung aus. Mit diesem Ort sind Erinnerungen und Emotionen verknüpft, die im Moment der Therapiesitzung individuell auf das Individuum einwirken.

*„Das ist so ein Raum, also hier zu Hause, macht man ja quasi alles, was man so zu Hause macht. Aber in der Praxis würde man auch nichts anderes machen als ein Therapiegespräch. [...] da ist man fokussiert auf das Thema, um das es gerade geht.“*  
(Dani – Patient\*in)

Der privaten Umgebung werden gewisse Bedeutungen und Rollen zugeschrieben. Daraus resultieren unterschiedliche Regeln an unterschiedlichen Orten. In diesem Zusammenhang wird der Praxisraum auch als ein Safe Space wahrgenommen, in dem die eigene Emotionalität anders freigelassen werden kann und darf als im privaten Umfeld.

*„Da [im Praxisraum] kann ich alles, was schlimm ist, auch abladen. Und da bleibt es. Und da passt meine Therapeutin drauf auf, quasi. Sie hat immer noch einen Hund dabei und der passt immer darauf auf. Diese Bilder zu erstellen, weißt du, ich fühl mich da wohler. Ich kann da eher noch alles rauslassen als zu Hause, weil ich dann eher das Gefühl hab: wer räumt das denn später auf, wenn ich hier fertig bin. (lacht)“ (Alex – Patient\*in)*

Der Therapieraum kann also als eine Abladestelle für negative Erfahrungen, Gedanken oder Imaginationen erscheinen. Zu Hause hingegen kann es dazu kommen, dass dieses Erleben nicht gut geordnet werden kann und dadurch zu einer zusätzlichen Belastung wird.

*„Wenn ich das jetzt hier so abhandle und diese Themen, dann bin ich ja danach meistens noch in der Wohnung und das ist so, als würden die Wände noch nachhallen. [...] Das Gespräch ist noch hier. Und das Gespräch fand nicht in Markkleeberg statt. Und die Themen bleiben irgendwie auch immer so ein Stück weit dort. [...] Ich nehme ja auch immer auch etwas mit nach Hause, aber da kann ich halt auch irgendwie schauen, was ich mitnehme. [...] Es staut sich irgendwie so. [...] Es verlagert sich einfach, also vor allem die letzten Wochen verlagerte sich alles zu Hause nach innen.“ (Chris – Patient\*in)*

Es findet eine Vermischung von einem in der Regel ortsspezifischen Habitus statt. Während soziale Kontexte bisher auch mit bestimmten Orten konnotiert waren, lösen sich diese Eindeutigkeiten auf. Verschiedene soziale Rollen treffen nun an einem einzigen Ort aufeinander: dem eigenen Wohnraum.

*„Also das ist mein Arbeitsplatz, mein Therapieplatz, mein gesellschaftlicher Platz. Und das sind so viele verschiedene Rollen, die man auch irgendwie einnimmt. Und das überlagert sich alles. Und das verwirrt mich dann auch manchmal. Also dann bin ich dann dort. Also dort in Markkleeberg bin ich Patientin und dann reden wir über bestimmte Themen und [...] da bin ich mehr bei mir, und wenn ich hier bin, dann bin ich irgendwie auch mit den Gedanken manchmal schon beim, bei anderen Sachen. Zum Beispiel, ja, was will ich jetzt, ich will jetzt noch die Spülmaschine ausräumen...“ (Chris – Patient\*in)*

Es ist eine mentale Vermischung zu beobachten, die mit der Auflösung eines klar abgesteckten Ortes, an dem die Inhalte der Therapie besprochen werden, einhergeht. Statt eindeutig



konnotierte Bereiche für entsprechende soziale Interaktionen vorzufinden, findet eine Vermischung statt. Soziale Rollen lassen sich nicht mit bestimmten Orten in Verbindung setzen. Stattdessen erfahren sich die Patient\*inne zu Hause als Familienmitglieder, aber auch als Arbeitnehmende oder Patientinnen, ohne in einem Büro oder einer Praxis zu sein (für theoretische Überlegungen bezüglich sozialer Rollen siehe: Popitz 1975; Goffman 1976; Dahrendorf 1971). Um eine Rahmung für unterschiedlich sozial konnotierte Situationen und Umgebungen zu erhalten, kann ein zurückzulegender Weg hilfreich sein.

#### 4.4.3 Der Rückweg

Nach der therapeutischen Sitzung steht eine Rückkehr aus der unterstützenden Situation an. Dabei kommen dem Wegfall des Heimweges bei virtuellen Treffen unterschiedliche Meinungen zu. Im Fall von Remy kann es als eine Bereicherung wahrgenommen werden, nach der Therapiesitzung den Laptop zu schließen und sich direkt sozialen Kontakten hinwenden zu können, die zuvor organisiert wurden. Wieder zurück in Berlin waren ein\*e Freund\*in oder Remy's Partner\*in der Nähe, um Remy nach der Therapie, bei Bedarf, direkt in den Arm nehmen zu können.

*„Wenn ich dann noch eine Stunde in den Wintermonaten im Dunkeln irgendwie nach Hause gurken müsste, mit all den Leuten, die es in Berlin in den öffentlichen Verkehrsmitteln halt nun mal gibt... Ich würde die Krise kriegen, wenn alles offen ist, wenn irgendwie meine ganze Seele offen ist [...]. Deshalb bin ich super happy, dass ich einfach so das zumache. Aber ich bin sofort im Safe Space so und das wird mir nicht genommen, sondern ich kann da sofort eintauchen. Irgendwie hab' ich jemanden zum Reden oder zum Kuschneln [...].“ (Remy – Patient\*in)*

Für Chris hat der Weg eine andere und *„eine ganz wichtige Bedeutung, vor allem der Rückweg“*. Allerdings verweisen diese Schilderungen auf potenzielle Schwierigkeiten, die dieses Wegfahren von der helfenden Situation mit sich bringen kann. Bei Chris handelt es sich um einen Weg von *„so 40 bis 45 Minuten“*.

*„Es ist wirklich so von meiner Bubble weg. Also es ist so außerhalb der Stadt. Es ist so in so einem Gebäudekomplex, wo es halt so anonym ist, und irgendwie tauche ich da ab [...] in mein Innenleben. Und das bleibt dann irgendwie dort. Auf dem Rückweg geht mir dann manchmal noch etwas durch den Sinn. Aber ich kann dann auch irgendwie damit abschließen und [ich] fahre dann wieder zurück in die Stadt. Und manchmal ist*

*der Rückweg hart, weil ich sozusagen konfrontiert bin, wieder mit meinem Alltag und diese therapeutische Stütze nicht kontinuierlich da sein kann. (Chris – Patient\*in)*

Die Schwierigkeiten, eine Grenze zwischen dem Therapiegeschehen und dem Alltag zu ziehen, zeigt sich somit sowohl bei virtuellen als auch bei Treffen am gleichen Ort. Nach der Sitzung kann es bei den Patient\*innen zu einer großen Anspannung kommen. Alex schildert das Empfinden folgendermaßen:

*„[...] ich stelle mir das so vor: Wir haben eine große Blase über meinen Kopf gefüllt mit unfassbar viel schwarzen Dingen und wenn ich dann zu Hause sitze und nicht diesen Weg raus habe, dieses Durchatmen, manchmal Weinen auf dem Weg zur Bahn und auch dieses frische Luft schnappen [...]. Das habe ich hier nicht. Und dann hab ich immer das Gefühl, die Blase, die platzt. Und dann, tschuuu, kommt das alles so runter. Dann ist das manchmal hart und dann geht's mir sehr schlecht. Ja, das ist auf jeden Fall schwierig. Und dann weiß ich, es ist sehr wahrscheinlich sinnvoll, wenn ich dann ebenfalls einfach eine Runde rausgehen würde oder so. Aber da denke ich dann nicht dran. Es ist einfach in dem Moment alles sehr anstrengend. (Alex – Patient\*in)*

Die Patient\*innen, mit denen ich sprach, berichten von dem Bewusstsein, dass es für sie hilfreich sein könnte, ein Übergangsritual zu schaffen. Es wurde von einigen ein Mittagsschlaf zur Erholung erwähnt. Darüber hinaus dachten meine Gesprächsteilnehmer\*innen über eine Art Zeichen nach, welches man sich zu Beginn der Therapiestunde selbst setzt: Einen Tee kochen oder ein Zettel an der Tür anbringen, der nach der Stunde wieder abgenommen wird.

*„Eigentlich glaube ich, dass mir das oft guttun würde, einfach erstmal es ausklingen zu lassen, meine Gedanken vielleicht nochmal zu sortieren oder so. Aber ich nehme mir halt selten wirklich die Zeit.“ (Momo – Patient\*in)*

Es könnte also hilfreich sein, diesem besonderen konnotierten Raum mit einem Ritual zu betreten und nach der Therapie mit etwas zu verlassen, was daran erinnert, dass diese Sitzung vorbei ist. Dadurch könnte das Therapieerleben mit einer regelmäßigen Handlung eingerahmt werden.

*„Also klar, mir würden jetzt Dinge einfallen, z. B. dass ich mitschreibe und das dann abhefte, zum Beispiel sowas. Irgendwie, dass man es so und dann den Ordner wortwörtlich auch so schließt. Also das Thema schließt und so.“ (Chris – Patient\*in)*

Findet eine Therapiesitzung in einer Praxis statt, so müssen die Behandelten zwangsläufig einen Weg vor und nach der Sitzung auf sich nehmen. Dieser birgt das Potenzial, sich vorher mental auf die Stunde einzulassen und nachher Abstand zu gewinnen. Je näher man dem Ziel kommt, desto mehr steigert sich die Konzentration auf bestimmte Themen. Und auf dem Heimweg verlässt man nicht nur den Therapieort, sondern gewinnt auch wieder etwas Abstand zu den psychischen Angelegenheiten. Wenn dieses zur Therapie hin- und wegführende Element nicht unbedingt bewältigt werden muss, bedarf es für die Patient\*innen einer Überwindung, sich selbst so einen Zustand zu schaffen.

#### 4.4.4 Therapierende in Privaträumen

Bei einer Online-Psychotherapie haben Behandelte keine Anfahrtswege und es gibt für sie keine Anwesenheit in einer Praxis, sondern das Erleben der Behandlung in einem konnotierten Privatraum. Stattdessen kommt die therapierende Person mithilfe einer technischen Verbindung zu den Patient\*innen. Wie aber wirkt sich diese Verschiebung der Umstände auf die Therapieerfahrung sowie die therapeutische Beziehung aus?

Der eigenen Wohnung oder dem eigenen Zimmer kommt eine andere Bedeutung zu als dem Praxiszimmer. Während man als Patient\*in die Praxis betritt, erlebt man im eigenen Wohnbereich einen facettenreichen Alltag. Somit sind die Orte mit unterschiedlichen Erinnerungen und Emotionen verknüpft.

*„Man macht es ja in der Regel von zu Hause aus und es ist schon was anderes, direkt in die Praxis zu fahren und dort zu sein. Also so außerhalb in einem möglichst neutralen Kontext. Und hier ist es natürlich irgendwie von zu Hause total beladen. Das hat Vor- und Nachteile. Aber am Anfang fiel mir das wirklich sehr schwer.“ (Chris – Patient\*in)*

Nicht nur Erinnerungen, sondern auch Gegenstände existieren im Wohnraum. Die Einrichtung der Praxis sowie des Privatraumes ist nicht neutral und die materielle Umgebung wirkt auf mentale Zustände. Dabei sind es nicht nur Konnotationen mit Objekten, sondern auch die Positionen dieser.

*„Also die Praxis ist für mich ein neutraler, klar einordenbarer Raum, der irgendwie... völlig anders ist als mein Zuhause. Hier ist alles so ein bisschen wirr und durcheinander und das wirkt sich dann auch auf meine... ja auf meine Therapiesitzung aus.“ (Chris – Patient\*in)*

Diese von Chris genannten Vor- und Nachteile wurden mir auf unterschiedlichste Weise geschildert. So wurde das eigene Zuhause auch als Sicherheit gebender und beruhigender Ort erfahren. Momo lässt den eigenen vier Wänden eine positive Konnotation zukommen, da es sich so anfühle

*„[...] als würde man sozusagen in meinen Kosmos oder in meine Welt eintreten. [...] Ich muss mich gar nicht zeigen. Die Person ist ja schon da, sozusagen in meinem Raum. Und dort [in der Praxis] ist es so wie: ich bringe das mit. Und ich muss es sozusagen erstmal eröffnen. Und meine Therapeutin an mich ranlassen. [...] Für mich fühlt sich das [zu Hause] nicht an wie ein Akt oder Handeln, sondern das muss eigentlich meine Therapeutin machen.“ (Momo – Patient\*in)*

Es kam die Frage auf, inwieweit es andere Patient\*innen als eine Form des Eindringens in die Privatsphäre empfinden, wenn die therapierende Person durch die Kamera einen Einblick in die privaten Räumlichkeiten erhält. Denn in einer solchen Situation geben die Patient\*innen während einer virtuellen Therapie mehr Informationen über sich preis, als sie im klassischen Praxisumfeld durch eine reine Artikulation im Praxisraum darlegen würden.

*„Eigentlich müsste es ja sogar eine Erleichterung sein im Prozess, dass sozusagen dieses Öffnen... dass das nicht mehr passieren muss, sondern dass das von Anfang an da ist. Dieser Mensch, der ja sowieso in mich sozusagen eintreten sollte, ein Stück weit, ganz automatisch eintreten kann, ohne dass ich viel mache. [...] Schon alleine das Eintreten über dieses Online-Portal in MEINEN Raum. [...] ICH finde es irgendwie immer einen schönen Gedanken, dass jemand zu mir kommt, um mir was Gutes zu tun. [...], darin liegt, für mich jedenfalls irgendwie ganz viel Schönheit und in gewisse Art von Aufgehobensein.“ (Momo – Patient\*in)*

Momo sprach von den Vorteilen und dem leichteren Zugang in das therapeutische Setting. Ein Teil der Bemühungen kann abgegeben werden und es wird für die behandelte Person zu einem passiveren Erleben im Verhältnis zu einem konventionellen Ablauf einer Therapiesitzung. Das Eintreten in einen fremden Raum abgeben zu können „[...] und dass ich nicht sozusagen aus der Deckung kommen muss“ (Momo – Patient\*in), wird als angenehm geschildert. In dieser Aussage sind aber auch Vermeidungsstrategien zu erkennen, denen Oli folgendes gegenüberstellt:

*„Natürlich möchte man das einfacher machen für den Patienten, aber diese Vermeidungsverhalten aufrecht zu erhalten, auch von Seiten des Therapeuten, ist auch nicht*

*gut. [...] Angstbewältigung geht durch Konfrontation. Aber deswegen muss man das individuell schauen. Okay. Wo steht der Patient gerade? Also kann ich das [...] sozusagen erlauben, dass er jetzt erst mal zu Hause bleibt und dann vielleicht nächstes Mal zu uns kommt.“ (Oli – Therapeut\*in)*

Wenn dieser *Konfrontation* nachgegeben wird, ergibt sich aber der Aspekt, dass die Behandelten mit dem virtuellen Eintritt der therapierenden Person in den Privatraum einen Teil der Kontrolle über Informationen zu ihrer eigenen Person abgeben. Alex beschrieb eine „*unfassbare Panik, dass es chaotisch ist und sie dann vielleicht schlecht von mir denkt*“. Ein ähnliches Empfinden schilderte auch Lou in Bezug auf die eigene Erfahrung:

*„Das eine Mal saß ich unten bei meinen Eltern. Das ist halt alles schön aufgeräumt und das sieht halt aus wie 'ne Wohnung von Erwachsenen [...]. Aber als ich einmal von mir, da war ich in meinem Zimmer. [...] Es fliegt überall alles rum und da hab ich schon drauf geachtet auch, dass man nicht vielleicht den ganzen Boden von meinem Zimmer sieht (lacht). Das war, das war nicht so cool. [...] Es ist ein bisschen komisch tatsächlich [...]. Also so zum Beispiel jetzt die grüne Wand. Und dann denkt sie so: ach so, die hat 'ne grüne Wand zu Hause. Und dann denk ich mir so, okay, was denkt sie jetzt. [...] Was macht sie mit diesen Informationen?“ (Lou – Patient\*in)*

Während der Anwesenheit in der Psychotherapiepraxis haben die behandelten Personen die Möglichkeit selbst zu bestimmen, welche Informationen sie teilen. Mit dem Eintritt in den eigenen Wohnraum mithilfe der Kamera haben die Therapierenden einen anderen Einblick in das Umfeld der Patient\*innen und somit Zugang zu weiteren Informationen. Für Patient\*innen kann dies zu einer Verunsicherung beitragen, hinsichtlich der Frage, ob Therapeut\*innen die entsprechende Umgebung analysieren.

Ähnlich kann es sich auch für die Behandelten ereignen, wenn die Therapeut\*innen die Sitzungen von zu Hause aus anbieten. Wie ist es also andersherum, wenn Patient\*innen in den Privatraum der Therapeut\*innen blicken? Dieser Umstand kann die Konzentration von der inhaltlichen Auseinandersetzung auf die Wohnungsumgebung lenken, um selber mehr über das Gegenüber erfahren zu können. In einem Gespräch wurde mir von einem Haustier im Hintergrund erzählt, wobei die behandelnde Person immer wieder den Blick von der Kamera abwandte und sich der Vorhang im Hintergrund bewegte. Bis sich herausstellte, dass es sich um eine Katze handelte, schürte dieser Umstand Unsicherheit bei der behandelten Person.

Lous Therapeut\*in führte die Therapiesitzungen nicht von zu Hause, sondern vom Praxisraum aus durch, also dem Raum, den Lou auch sonst in diesem Kontext wahrnehmen kann. Unter der Annahme, dass die behandelnde Person

*„[...] in einem weißen Raum sitzen würde, wo ihr Bücherregal steht, wär' das, glaub ich, egal. Aber wenn sie jetzt bei sich zu Hause im Wohnzimmer sitzt und da läuft die Spülmaschine oder [...] da rennt vielleicht noch ein Kind rum, das fänd' ich halt jetzt ein bisschen... Weil im Prinzip, ich möchte ja gar nichts über meine Therapeutin wissen. [...] Ich weiß nichts über sie. Ich weiß, glaub noch nicht mal, wie alt sie ist. [...] Und ich komme dahin, weil es um mich geht. Und deswegen fände ich es, glaube ich, dann sehr komisch, wenn sie jetzt das von zu Hause machen würde, weil sie dann so entgegengesetzt so handelt, wie sie es halt vorher in der Therapie gemacht hat.“ (Lou – Patient\*in)*

Verlagert sich die therapeutische Sitzung nicht nur für die Patient\*innen, sondern auch für die therapierenden Personen in die jeweiligen Privaträume, so kann dieser Umstand das übliche Verhältnis stören. Die Beziehung zwischen Therapeut\*innen und Patient\*innen setzt eine Diskretion voraus, ein Ausklammern persönlicher Informationen bezüglich der therapierenden Person. Diese Basis kann gestört werden, sobald die Behandelten einen visuellen Einblick in das private Umfeld der Therapeut\*innen erlangen. Aber aus welchem Grund wäre es aus Sicht der Behandelten schädlich, wenn sich die Therapierenden vor ihnen öffnen würden?

*„Wenn meine Therapeutin sich so in der Art und Weise vor mir öffnen würde, dann würde, dann würde auch was kaputt gehen und was verloren gehen, was ich vorher hatte.“ (Momo – Patient\*in)*

Aber aus welchem Grund wäre es aus Sicht der Behandelten schädlich, wenn sich die Therapierenden vor ihnen öffnen würden? Es ist eine Frage nach der Materie, die *kaputt geht*.

*„Ich nehme Therapie auch als einen Ort wahr, der ganz für mich ist und in dem ich mich komplett öffnen kann. Und zwar auch in dieser Art und Weise, dass hier in diesem Moment wirklich nichts anderes zählt als meine Erfahrungen, meine Wahrnehmung. [...] Ich habe... ich habe den ganzen Raum so zu 100 Prozent quasi. Und alles, was meine Therapeutin macht, ist, mir diesen Raum zu geben an erster Stelle [...]. Und ich glaube, dass halt meine Therapeutin, wenn sie sozusagen auch Raum nehmen würde*

*durch ihre eigene Geschichte sozusagen dass... dass dadurch der Raum zerstört werden würde, der eigentlich nur für mich wäre.“ (Momo – Patient\*in)*

Während einer Therapiesitzung dürfen Patient\*innen den inhaltlichen Raum ganz für sich allein einnehmen. In diesem Kontext erhalten die behandelten Personen die Möglichkeit, sich in einer Art und Weise zu öffnen, wie es ihnen in den meisten sozialen Kontexten untersagt ist. Dies reicht von starker Emotionalität über eine unverfälschte Äußerung von Gedanken, Gefühlen und Meinungen. Wie zu Beginn des Kapitels erläutert bestimmen zwar die Therapierenden die Rahmenbedingungen wie den genauen Ort sowie den Zeitpunkt. Aber innerhalb dieses Rahmens ist es an den Patient\*innen, in einer sicheren Umgebung fünfzig Minuten nach ihren ganz eigenen Wünschen und Bedürfnissen gestalten zu können und dabei das Zentrum des Geschehens zu bilden. Wenn eine behandelnde Person diesen Raum durch ihre eigene Geschichte einnehme, würde dieses Gefüge zerstört werden. Der Raum wäre nur wieder eine geteilte Sphäre.

## **5 Diskussion**

Der Begriff des Raumes ist in unserem Sprachgebrauch allgegenwärtig. So reden wir vom Weltraum, geografischen Raum, Freiraum, Praxisraum oder dem Raumempfinden. Gleichzeitig schreiben wir den Räumen unterschiedliche Attribute zu: So können diese eng, weit, hell, dunkel, offen und geschlossen, gefährlich oder sicher sein. Angsträume werden gemieden, rechtsfreie Räume geschaffen, Freiräume gefordert (Schroer 2019, S. VII).

Innerhalb europäischer Globalisierungsdiskussion herrscht die These vor, dass dem Raum zunehmend keine Bedeutung mehr zukomme. Dabei erhielt die damit verbundene Lehrmeinung von der Entterritorialisierung und der Ortlosigkeit durch das Aufkommen des Internets enormen Anstoß. Das Internet hebe soziale Interaktionen aus räumlichen und zeitlichen Kontexten heraus (Hine 2010, S. 84f.) Im Rahmen postmoderner Theorien wandelt sich diese Annahme und der Spatial Turn postuliert, dass ein Ende des Raumes nicht zu verzeichnen sei, sondern stattdessen die Diversifizierung räumlicher Bezüge (Christmann 2016a, S.231ff.). Deutlich wird diese Annahme am Konzept des virtuellen Raumes, der einen Ursprung durch das Internet hat. In diesem Zusammenhang werden eine neue Raumauffassung und die Abkehr vom Raum als Container, in dem Dinge und Menschen aufgenommen werden können und ihren festen Platz haben, notwendig (Fichter-Wolf 2016). Der Raum wird nun als sozial konstruiert betrachtet (Christmann 2016a, S. 89ff.).

Dabei widersprechen sich die Ideen des Verschwindens und der Rückkehr der Relevanz vom Raum laut dem Soziologen Schroer nicht, sondern stehen nebeneinander. Denn die geläufigen Modernisierungstheorien deuten die Globalisierung einerseits als einen Zustand, in dem Entfernungen einfach überwunden werden können, wodurch Grenzen unwirksamer und der Raum unbedeutender wird; andererseits schreibt man Grenzen und Räumen in Bezug auf die Globalisierung eine Veränderung zu und somit eine Wandlung ihrer Form und Bedeutung. Es handelt sich also um eine Umgestaltung der Deutungszuschreibung und um das Entstehen neuer Räume und Grenzen in materiellen sowie in virtuellen Räumen (Fichter-Wolf 2016, S. 124f.). In vielen Disziplinen spricht man von physisch-materiellen Räumen, die voneinander entfernt sind und durch Verkehrswege miteinander verbunden werden können. Hingegen wird in soziologischen Zusammenhängen immer wieder darauf hingewiesen, dass der Raum nicht als etwas natürlich Gegebenes zu betrachten ist, sondern vielmehr als etwas sozial Hergestelltes:

*„Der physische Raum ist als unbearbeitet und frei von sozialen Wahrnehmungsschemata nicht vorstellbar, sondern im Sinne Pierre Bourdieus nur als stets schon angeeigneter Raum zu verstehen. Im Sinne Bruno Latours könnte Raum als Hybrid bezeichnet werden, ist doch der physische Raum als Raum an sich so wenig zu haben wie ein sozialer Raum, der ohne materielle Basis oder physische Anbindung bliebe.“*  
(Schroer 2019, S. 12)

Neben dieser Unterscheidung von geographischen sowie sozialen Räumen herrscht in theoretischen Auseinandersetzungen eine Differenzierung von absoluten Containerräumen und, spätestens seit Einstein, relationalen Räumen vor. (Läpple 1992, S. 189; Vgl. Löw und Sturm 2016). Demnach sind Raum und der jeweilige Inhalt in Form körperlicher Objekte untrennbar aufeinander bezogen. (Schroer 2019, S. 13)

Im Rahmen seiner Reflexion über raumtheoretische Auseinandersetzungen postuliert Henri Lefebvre, dass Raum nicht natürlich gegeben und vorhanden ist, sondern sozial hervorgebracht wird: *„(Social) space is a (social) product“*. Er distanziert sich von der binären Betrachtungsweise und schreibt dem physisch-materiellen Raum den Charakter eines Hintergrundbildes zu. Daraus resultiert, dass Raum immer ein sozialer Raum ist und dabei nicht nur Produkt des Gesellschaftlichen ist, sondern als spezifischer Raum von jeder Gesellschaft hervorgebracht wird (Lefebvre 1991, S. 30; Löw und Sturm 2016, S. 37). Lefebvre bricht aus dem binären Schema von physischem und sozialem Raum aus und legt seine raumtheoretischen Auseinandersetzungen mit einer konzeptionellen Triade dar, wonach sich Raum in räumlicher Praxis, Raumrepräsentationen und Repräsentationsräumen einordnen lässt (Lefebvre 1991,



S. 36f.; Löw und Sturm 2016, S. 37). Dabei beschreibt die räumliche Praxis einen wahrnehmbaren, erlebbaren sowie benutzbaren Raum, der von Akteure\*innen im alltäglichem Leben (re-)produziert wird.

Die Repräsentationen vom Raum können als Raum des Wissens, der Zeichen und der Codes, beispielsweise in Form einer Karte, verstanden werden und somit als ein instrumenteller Raum der Stadtplaner oder Wissenschaftler. Es handelt sich also um theoretische Raumkonzepte, die auf die Wahrnehmung des Raums in der Praxis einwirken. Hingegen ist der Raum der Repräsentation nach Lefebvre ein imaginiertes Raum der Bilder und Symbole, in dem auch alternative Raummodelle und Raumnutzungen eingeordnet werden können. (Lefebvre 1991, S. 36f.) Aus diesem Zusammenspiel der drei Raumebenen ergibt sich ein mentales, physisches und auch symbolisches Konstrukt von Raum (Löw und Sturm 2016, S. 38).

Einer absoluten Raumkonzeption stellt sich Georg Simmel nicht entgegen. Jedoch grenzt auch er sich von der geografischen Sichtweise ab und analysiert in seinen Untersuchungen die Schaffung räumlicher Strukturen durch menschliches Handeln sowie die Wirkungen räumlicher Beschaffenheiten auf menschliche Aktivitäten. Nach Simmel bilden sich Räume somit aufgrund von menschlicher Praxis und wechselwirken mit ihren Inhalten mit menschlichem Handeln (Löw und Sturm 2016, S. 34f.; Schroer 2019, S. 18). Simmel beschreibt diese Relation folgendermaßen: *„Ein geografischer Umfang von so und so vielen Quadratmeilen bildet nicht ein großes Reich, sondern das tun die psychologischen Kräfte, die die Bewohnerinnen eines solchen Gebietes von einem herrschenden Mittelpunkt her politisch zusammenhalten.“* (Simmel 1995, S. 133).

Auch in Maurice Halbwachs Abhandlungen ist die Annahme einer gegenseitigen Beeinflussung von Raum und sozialen Gruppen zu finden: *„Eine Gruppe, die in einem bestimmten räumlichen Bereich lebt, formt ihn nach ihrem eigenen Bild um; gleichzeitig aber beugt sie sich denjenigen materiellen Dingen, die ihr Widerstand leisten.“* (Halbwachs 2002, S. 129.). Bei Simmel sowie bei Halbwachs geht es um einen wechselseitigen Einfluss von Raum und Akteur\*innen, wobei die dem Raum zugeschriebenen Eigenschaften auf das Soziale wirken und nicht dieser selbst. (Schroer 2019, S. 18)

Soziale Interaktionen werden also durch räumliche Konstruktionen beeinflusst und vorstrukturiert. So kann beispielsweise das Ausüben von Arbeit durch räumliche wie zeitliche Arrangements entsprechend gerahmt werden und wird, verlagert es sich beispielsweise in einen Park statt in ein Büro, einem anderen Prozess unterliegen. Der Raum wirkt also auf die Wahrnehmung und beeinflusst so auch das Verhalten. Gleichzeitig helfen abgegrenzte

Bereiche, wie Räume, sich zu strukturieren und zu orientieren, da sie Hinweise auf Situationen geben können, in denen wir uns befinden. Ein Klassenraum weist andere materielle Objekte auf als ein Praxisraum, wodurch erlernte und mit entsprechenden Umgebungen konnotierte Erwartungen abgerufen werden können. Daraus können Interaktionsabläufe resultieren, die Geschehnisse mehr oder weniger wahrscheinlich machen und somit zu einer Reduktion der uns umgebende Komplexität führen können.

Ein Praxiszimmer unterliegt also in materieller Hinsicht dem Einfluss der Akteur\*innen, da es erbaut und eingerichtet wird. Die gewählte Möblierung und Dekoration des Raumes dient der Verdeutlichung eines bestimmten Settings und folgt erlernten Mustern, sodass die Nutzung für psychotherapeutische Gespräche dem Umfeld abgelesen werden kann. So wird man in solchen Räumen in der Regel zwei gegenüberstehende Sitzmöglichkeiten, eine schlichte Dekoration und einen kleinen Tisch mit einer Uhr vorfinden. Diese dinghafte Umgebung wirkt also auf Individuen ein und erleichtert somit das Abrufen kontextbezogener Verhaltensrichtlinien.

Diese Wechselwirkung von Raum und Person ist auch im Privatraum vorhanden. Möbel und Dekoration sind anders ausgewählt, da sie einem anderen Zweck innerhalb des Raumes zugeordnet sind. Während sie in einer Praxis neutral gehalten bleiben, dürfen sie in der persönlichen Umgebung die ganz individuellen Bedürfnisse und Vorlieben der Patient\*innen widerspiegeln. Mit der Wahl der Einrichtung wirkt jene beispielsweise auf den Raum ein. Durch Erlebnisse sowie konnotierte Objekte im Zimmer werden Erinnerungen in den Raum geschrieben. Somit wirkt also auch der Raum auf die Akteur\*innen und prägt deren Verhalten. Bezogen auf den Wechsel der Räumlichkeiten von einer Praxis in ein privates Umfeld bedeutet dies, dass der jeweilige Raum unterschiedlichen Einfluss auf die Empfindungen der Patient\*innen ausübt.

Nicht die räumliche Umgebung allein wirkt sich auf das Verhalten und die Wahrnehmung von Individuen aus; vielmehr ist es ein Zusammenspiel von Architektur, der Einrichtung, diversen Gegenständen und vor allem anderen Personen. Im Rahmen einer virtuellen Psychotherapie findet eine Verschmelzung von virtuellen und faktischen Räumen statt, die sich auch auf die Identität und Mobilität der Patient\*innen auswirkt. In dies in einem Konzept globalisierter Räume theoretisch zu fassen, haben Akhil Gupta und James Ferguson ein Raumkonzept vorgeschlagen, in welchem definierte Orte (*places*) nicht mehr in sich und aus sich selbst heraus existieren, sondern als Ergebnis kultureller Konstruktionen begriffen werden (Gupta 1992). Weiterhin differenziert Arjun Appadurai Orte (*places*) von tatsächlichen Lebensräumen (*locations*) (Appadurai 1991). Dabei liegt der Fokus vor allem auf medial vernetzten

Imaginationen, die neue virtuelle Räume entstehen lassen können kann, um so einer zunehmenden Enträumlichung der Welt zu entgegenzuwirken.

Im Rahmen phänomenologischer Überlegungen zu Körperlichkeit existieren neben Merleau-Pontys Reflektionen über dem Raum, die er mit dem, an Heidegger angelehnten, Begriff des In-der-Welt-Seins verbindet, auch neuere Auseinandersetzungen über diese Wechselbeziehung. So wurden dynamische Relationen zwischen Personen in Umgebungen, die zudem oft von Medien, Technologien, gestalteten Räumen und interaktiven Praktiken geprägt sind, von Jan Slaby (2018) im Konzept der *affective arrangements* beschrieben. Diese Form der Affekte lösen sich von der Betrachtung kategorialer Emotionen sowie subjektiver Erfahrungen und Befindlichkeiten von Individuen und rücken dynamischen Relationen zwischen Personen in Umgebungen in den Fokus (Slaby 2018, S. 57).

Die Forschung zur situierten Affektivität analysiert affektive Phänomene nicht mehr als isolierte individuelle mentale Zustände oder Ereignisse, sondern betrachtet Phänomene als situiert und in den Interaktionen von Akteur\*innen und ihrer Umgebung abhängig (Schuetze 2020, S. 1). Darauf folgend wurde von Jan Slaby das Konzept der *affective arrangements* hervorgebracht, um ein Verständnis der sozialen, dynamischen, historischen und kulturellen Situietheit von Individuen auf intime Auswirkungen der Affektivität auf die Interaktionsdynamik in sozio-materiellen Umgebungen aufzuzeigen (Slaby et al. 2019). Dabei geht das Konzept über die singuläre Betrachtung von Phänomenen hinaus und betrachtet stattdessen Ensembles von Personen, Dingen, Diskursen, Räumen und Verhaltensweisen (Schuetze 2020, S. 1). Vorausgesetzt ist dabei die Annahme, dass es kein vorgeformtes, unabhängig existierendes Individuum gibt, welches in eine ebenso geartete Welt kommt, sondern die Umwelt und das Individuum bestimmen gemeinsam, wer und was sie sind. Der Begriff der *affective arrangements* baut auf einem Verständnis von Affekt als einem relationalen Phänomen auf, das nicht auf einzelne Akteur\*innen beschränkt ist, sondern eine Dynamik zwischen Körpern verschiedener Art darstellt (Slaby 2019, S. 61).

Die Idee des relationalen Affekts beschreibt die materiellen und ideellen Beziehungen, die „*between intra-acting ‚bodies‘ whose potentialities and tendencies are thereby continuously modulated in mutual interplay.*“ (Slaby et al. 2019, S. 4) Im Rahmen des Untersuchungsgegenstandes der virtuellen Therapie kann beispielsweise der Ort auf die Thematiken einwirken, weil sich die behandelte Person beispielsweise in ihrem ehemaligen Kinderzimmer aufhält und somit andere Erinnerungen abgerufen werden, als es im Praxisraum der Fall wäre, so wie Momo es berichtete. Auch mit potenziell anwesenden Personen in einem Nachbarraum

kann sich die gesamte Situation ändern. Wie das Datenmaterial aufzeigte, kann eine Hemmung bezüglich des Auslebens der eigenen Emotionen bei den Patient\*innen einsetzen, wenn das Gefühl eines ungewollt Mithörenden entsteht. Auch subtilere Faktoren wie Umgebungsgeräusche oder eine leichte Latenz in der Videoübertragung können einen Einfluss auf den Ablauf der Sitzung haben. Viele meiner Gesprächsgegenüber berichteten, dass diese dezenteren Störfaktoren, wenn auch nur kurzfristig, die Konzentration unterbrechen können und somit einen Einfluss auf die Wahrnehmung und Auslebung der Emotionalität haben. Dieses Wechselspiel von Körpern beeinflusst also das therapeutische Setting, und wie bereits dargelegt ist die Anzahl der potenziellen Wirkfaktoren außerhalb des Therapiezimmers größer und stärker vorhanden.

Intuitiv sind diese genannten mehr oder weniger subtilen Erfahrungen und Empfindungen erkennbar. Diese Beispiele für Affektbeziehungen, die sich zwischen sozialen und materiellen Körpern entfalten, sind jedoch schwer klar zu benennen, weil es sich bei ihnen um keine eindeutige Form von klar abgegrenzten mentalen Zuständen handelt (Slaby et al. 2019, S. 61). Eher handelt es sich um nuancierte Veränderungen in der Beziehungsdynamik zwischen einer Person und ihrer Umgebung, die beeinflussen, wie sie eine Situation erlebt und sich auf sie einlässt. In diesem Sinne wird Affekt als eine relationale Dynamik zwischen Individuen gesehen und gilt als in Situationen konstruiert (Schuetze 2020, S. 1). Affektbeziehungen sind der Kern von affektiven Arrangements und verbinden alle Elemente innerhalb eines Arrangements. Rainer Mühlhoff verweist darauf, dass Individuen ständig in Formen des Wirkens verwoben sind und somit immer in diesem Beziehungsgefüge verstanden werden müssen (Mühlhoff 2016, S. 50).

Die *affective arrangements* sind keine vorbestimmten und starren Konstellationen, sondern besitzen eine dynamische Offenheit. So sind sie in der Lage, sich in ihre Umgebung auszu dehnen, indem sie neue Elemente aufnehmen (Slaby et al. 2019, S. 110). In eine Therapie-sitzung sind natürliche und künstliche Elemente integriert, die sich zu einer Einheit, einem Arrangement zusammenfügen. Jedes Element wie die therapierende Person, der Therapiesessel, das Wasserglas oder ein Therapiehund nimmt eine individuelle Rolle ein und wird zu einem Teil des Beziehungsnetzes. Es bildet sich ein heterogenes Ensemble, das aus verschiedenen Komponenten besteht, die eine Einheit bilden und durch Affektbeziehungen zusammengehalten werden. Das Gesamtmuster des Arrangements bleibt bestehen, aber erfährt dennoch eine ständige situative Wandlung (Schuetze 2020, S. 4; vgl. Slaby et al. 2019, S. 111). Nicht immer wird der Sessel an der gleichen Stelle stehen, der Hund kann seinen Platz verlassen und das Wasserglas kann durch ein andres Getränk substituiert worden sein. Es handelt sich bei

jeder Therapiesitzung um eine einzigartige Einheit mit einer kontextuellen Vielfalt, die durch dynamische Prozesse zusammengehalten wird und somit als *affective arrangement* beschrieben werden kann (Slaby und Mühlhoff 2019, S. 7).

Bei dem Konzept der *affective arrangements* handelt es sich um ein theoretisches Werkzeug, um lokale soziomaterielle Umgebungen zu betrachten, in denen einzigartige Affektdynamiken entstehen und kontinuierlich verändert werden (Slaby und Mühlhoff 2019, S. 4). Im Fall einer Verschiebung der psychotherapeutischen Sitzung von einem Praxisraum in eine private Wohnumgebung bleibt der Kern der sozialen Beziehung zwischen den Patient\*innen und Therapeut\*innen bestehen, während die materielle Umgebung einer völligen Wandlung unterliegt und somit einen starken Einfluss auf die Dynamiken mit sich zieht.

Dabei liegen dem Theorem der *affective arrangements* zwei Konzepte zu Grunde: zum einen der Ansatz der Agenzien von Deleuze und Guattari (Deleuze und Guattari 1987; Slaby et al., 2019) und zum anderen das Foucaultsche Dispositiv (Foucault 1980; Slaby et al. 2019, S. 109). Dem Konzept der Agenzien zufolge lässt sich sagen, dass *affective arrangements* Ensembles von „*Personen, Dingen, Artefakten, Räumen, Diskursen, Verhaltensweisen, Ausdrücken oder anderen Materialien sind, die sich zu einer koordinierten Formation des gegenseitigen Beeinflussens und Beeinflusst-Werdens zusammenfügen.*“ (Slaby et al. 2019, S. 109). Auch das Dispositiv bezeichnet ein heterogenes Ensemble, das aus verschiedenen Elementen wie, unter anderem, Diskursen, Institutionen oder Gesetzen besteht, die durch ihre Beziehungen miteinander verbunden sind (Foucault 1980, S. 194). Zwar beschreibt auch ein Dispositiv das Beziehungsgeflecht zwischen den verschiedenen Elementen, es hebt aber speziell die damit einhergehenden sozialen und politischen Machtstrukturen hervor (Seyfert 2012, S. 33-34).

In der weiteren Auseinandersetzung folgt daraus, dass im entsprechenden Umfeld bestimmte Dinge gesagt oder gedacht werden können und andere nicht (Foucault 1980, S. 194). Die Idee eines Dispositivs ergänzt die *affective arrangements* um strategische Machtbeziehungen, die sich in Ensembles von Affektdynamiken manifestieren (Schuetze 2020, S. 5). Dies hat zur Folge, dass sich alle Individuen, die Teil eines affektiven Arrangements sind, entsprechend einer Rolle verhalten und erleben. Dies geschieht überwiegend unbemerkt, ohne Zwang und ohne aktive Einschränkung der Individualität. Somit verdeutlicht das Konzept der *affective arrangements*, wie subtile Formen einer affektiven Wechselwirkung ganze Seinsweisen hervorbringen und durchziehen (Slaby et al. 2019, S. 7). Dabei sind sich die Individuen in der Regel nicht der *affective arrangements* bewusst, in denen sie sich befinden. (Schuetze 2020,

S. 5). Mit der jeweiligen Rolle des Individuums gehen inhärente Regeln einher, sodass Patient\*innen ihre Therapeut\*innen nicht nach privaten Informationen fragen.

Zurückführend auf Foucaults Dispositiv verdeutlicht dieser Umstand, dass *affective arrangements* die Individuen mit einer großen Kraft in das Gefüge einbinden und dass die Beziehungen innerhalb eines solchen Arrangements Machtbeziehungen sind, da gewisse Normen, Ideen und Regeln in diesen Beziehungen konkret verankert sind (Slaby, 2016, S. 8; Schuetze 2020, S. 5). Die Individuen sind innerhalb des Rahmens diesen Machtdynamiken insofern unterlegen, dass sie Teil des Arrangements sind (Slaby et al., 2019, S. 5). „*The theoretical tools of affective arrangements make apparent the concrete ways in which subjects are constituted by day-to-day affect dynamics.*“ (Schuetze 2020, S. 5).

Schuetze führt in seinem Aufsatz „*From Affective Arrangements to Affective Milieus*“ (Schuetze 2020) das Konzept weiter aus, indem erläutert wird, dass Affektdynamiken Individuen nicht nur innerhalb *affektiver Arrangements*, sondern vor allem auch im alltäglichen Umgang miteinander formen. Unter der Bezeichnung des *affektiven Milieus* werden alle Affektbeziehungen, denen eine Person ausgesetzt ist, zusammengefasst. Diese kommen als transformative Muster des Beeinflussens und Betroffenseins zusammen, wodurch sie die Person und ihren Sinn für die Dinge dauerhaft bestimmen. Dies bedeutet, dass Affektdynamiken grundlegende Mechanismen von Anpassungsprozessen sind. Schuetze beschreibt diesen Umstand als eine diachrone Subjektbildung, die beeinflusst, was Individuen sehen, was sie fühlen, denken oder sich vorstellen können. (Schuetze 2020, S. 7f.)

Es handelt sich um soziale Formationen, die ständig vorhanden und in alltäglichen sozio-materiellen Beziehungen und affektiven Interaktionen von Individuen angesiedelt sind. Im Gegensatz zu affektiven Arrangements können *affective Milieus* als dauerhafte Ensembles aus natürlichen und künstlichen Elementen beschreiben werden, die nicht auf einen lokalen Rahmen beschränkt sind und dennoch ein Territorium<sup>4</sup> schaffen (Schuetze 2020, S. 8). Die Affektdynamiken eines *affektiven Milieus* besetzen also einen bestimmten Raum in der sozialen Welt und grenzen sich als ein Gebiet ab, in dem das Milieu besteht. Individuen, die in diese besonderen Dynamiken integriert sind, befinden sich in diesem (nicht-physischen) Territorium, wodurch sich Individuum und die sozio-materielle Umwelt gegenseitig hervorbringen (Schuetze 2020, S. 8). „*By their very nature and by being formations within the social universe, affective milieus are not rigid, but fluid structures which are always transforming; and they are*

---

<sup>4</sup> Über die Merkmale des Dispositivs und der Agenzien im Rahmen der *Affective Milieus* siehe das Kapitel „*Affective Milieus*“ bei Schuetze (2020).

*not clear-cut unities but dynamically open ensembles which are marked-off from their surroundings by gradual borders“*, so Schuetze (2020, S. 8).

Für Patient\*innen und Therapeut\*innen besteht eine Art von Einheit und Verbindung, weil sie aufgrund des therapeutischen Settings in dasselbe affektive Milieu eingebettet und in einem gemeinsamen Beziehungsnetz angeordnet sind, das sie zusammenbringt. Sie sind Teil einer heterogenen Formation, in der jedes Individuum sein eigenes Leben führt und sich dennoch in derselben sozio-materiellen Umgebungen bewegt. Mit der geteilten Heilungserwartung, eines therapeutischen Systems mit gleichen Symbolen und eines eigenen Regelwerks, des thematischen Fokus auf das Innenleben der Patient\*innen gerichtet sowie einer dem Milieu inhärenten Sprache mit bestimmten Begriffen entsteht eine spezifische Verbundenheit. Diese Gemeinsamkeiten können über die Patient\*innen-Therapeut\*innen-Beziehung hinaus auch andere Personen mit gleichen Erfahrungswerten in das affektive Milieu integrieren, die keinen direkten Bestandteil der eigenen therapeutischen Sitzung bilden.

Die Konzepte von *Affective Arrangements* und *Affective Milieus* können als ein Erklärungsansatz dafür sein, wie alltägliche Affektbeziehungen Territorien im sozialen Umfeld schaffen, die Individuen ständig formen und am spezifischen Beispiel dieser Arbeit eine therapeutische Beziehung prägen können.

Diese Arbeit untersucht die Verschiebung von psychotherapeutischen Präsenzsitzungen in einen virtuellen Bereich und somit ein Forschungsfeld, welches als solches in Deutschland seinen Ursprung durch die Corona-Pandemie erfuhr. Mit diesem Fokus mussten interessante Thematiken aus Platzgründen ausgeklammert werden. So könnten Fragen nach bestimmten Therapieverfahren, Methoden, dem Konzept der Gruppentherapie oder interkultureller Therapie mit Dolmetscher\*innen in weiterführenden Arbeiten nachgegangen werden.

## **6 Fazit**

Im Zentrum dieser Arbeit steht der Einfluss der Verschiebung von psychotherapeutischen Sitzungen von einem Praxiszimmer in einen virtuellen Kontext auf die Wahrnehmung des Therapieerlebens der Patient\*innen. Im Rahmen einer Feldforschung, die einen Teil des Masterstudiengangs Sozial- und Kulturanthropologie bildet, sammelte ich diverse Daten und Informationen, vor allem durch Interviews mit Patient\*innen. In Kapitel zwei habe ich mein Vorgehen von der Suche nach einem Feldzugang, über die Methoden meiner Datenerhebung bis hin zu meinem Umgang mit diesen dargelegt und versucht, methodologische und ethische Probleme zu reflektieren.

Nach einer theoretischen Einführung in das Konzept der Psychotherapie in Kapitel drei folgte eine ausführliche Darlegung der für meine Gesprächsgegenüber relevantesten Thematiken in Bezug auf die Verschiebung des psychotherapeutischen Settings in einen virtuellen Raum und deren Wahrnehmung. Dabei wurde deutlich, dass der therapeutischen Beziehung eine besondere Rolle zukommt, die nicht losgelöst von den physischen und virtuellen Räumlichkeiten betrachtet werden kann. So ist diese Beziehung in einen medizinischen Kontext gebettet, der einen Einfluss auf das Vertrauen der Patient\*innen gegenüber den Therapierenden begründet sowie den sozialen Umgang beeinflusst.

Hinleitend auf die virtuelle Therapieumgebung wurden die Eigenschaften von therapeutischen Praxiszimmern beleuchtet, um die Besonderheiten bei der Verschiebung in den eigenen Wohnraum noch deutlicher hervorzuheben. So wird das Therapiezimmer als ein Ort für die individuelle Persönlichkeitsentwicklung beschrieben und es wird ihm ein schutzgebender Charakter bei starken und oftmals herausfordernden Emotionen sowie intimen Gesprächen zugeschrieben. Dabei fußt dieses Gefühl der Sicherheit auf unterschiedlichen Aspekten, die, wie dargestellt, über die ärztliche Schweigepflicht und das entgegengebrachte Interesse der behandelnden Person hinausgehen. Die dem Praxisraum zugeschriebene Sicherheit liegt somit nicht ausschließlich in der physischen Gegebenheit, sondern unterliegt auch dem Einfluss der Beziehung. Es kann sich im Lauf einer Psychotherapie ein *emotionaler Raum* bilden, genährt mit positiven Erfahrungen und dem Vertrauen in das Therapiegeschehen, der intrinsisch auf die realen Therapieorte einwirkt. Somit kann der eigene Wohnort, genau wie das Praxiszimmer, zu einer physischen Repräsentation einer emotionalen Sicherheit werden.

Weiterhin sind Praxis- sowie Privaträume mit sozialen Normen und Regeln konnotiert, die den Habitus und das Verhalten von Personen beeinflussen und die einander nicht unbedingt entsprechen. Durch das Verwischen von klar abgegrenzten Bereichen und das Eintreten dieser Territorien ineinander können Schwierigkeiten entstehen, die zu einer Überforderung der Individuen führen kann und sich gleichermaßen auch auf das Therapiegeschehen auswirken können. Das Konzept der *Affective Milieus* kann im Ansatz ein Verweis darauf sein, wie Affektbeziehungen diese Territorien im sozialen Umfeld schaffen und eine therapeutische Beziehung prägen können.



## 7 Literaturverzeichnis

- Amrhein**, Christian & Propach, Fritz (2013): Psychologen und Heilpraktiker. Erlaubnis zur Psychotherapie nach Heilpraktikergesetz (HeilprG). Hg. v. therapie.de. Pro Psychotherapie e.V. Online verfügbar unter <https://www.therapie.de/psyche/info/fragen/wichtigste-fragen/unterschied-psychotherapeut-psychologe-psychiater/>, zuletzt aktualisiert am 18.06.2013, zuletzt geprüft am 02.03.2022.
- Appadurai**, Arjun (1991): Global Ethnoscapes. Notes and Queries for a Transnational Anthropology, in: *Recapturing Anthropology. Working in the Present*, hg. v. Richard G. Fox, Santa Fe, S. 191-210.
- Balbo**, Marina; Cavallo, Francesca & Fernandez, Isabel (2019): Integrating EMDR in psychotherapy. In: *Journal of Psychotherapy Integration* 29 (1), S. 23–31. DOI: 10.1037/int0000136.
- Basil**, Vazrik & Piwinger, Manfred (2002): Schweigen als Teil der Kommunikation. In: Günter Bentele (Hg.): *Kommunikationsmanagement. Strategien, Wissen, Lösungen*. Neuwied: Luchterhand, 2001ff., Art.-Nr. 5.38.
- Bavelas**, Janet B.; Coates, Linda & Johnson, Trudy (2000): Listeners as co-narrators. In: *Journal of personality and social psychology* 79 (6), S. 941–952. DOI: 10.1037/0022-3514.79.6.941.
- Bavelas**, Janet Beavin; Coates, Linda & Johnson, Trudy (2002): Listener Responses as a Collaborative Process: The Role of Gaze. In: *Journal of Communication* 52 (3), S. 566–580. DOI: 10.1111/j.1460-2466.2002.tb02562.x.
- Beer**, Bettina & König, Anika (Hg.) (2020): *Methoden ethnologischer Feldforschung*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Reimer (Ethnologische Paperbacks).
- Berger**, Thomas (2015): *Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen*. Göttingen, Bern, Wien, Paris: Hogrefe (Fortschritte der Psychotherapie, Band 57).
- Bergin**, Allen E. & Garfield, Sol L. (Hg.) (1994): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons.
- Bergin**, Allen E. & Lambert, Michael J. (1978): The evaluation of therapeutic outcomes. In Garfield, Sol L. & Bergin, Allen E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and Behavior Change*. New York, NY: Wiley.
- Bernard**, H. Russell (2006): *Research methods in anthropology. Qualitative and quantitative approaches*. 4. print. Lanham, Md.: AltaMira Press.
- Blease**, Charlotte & Kirsch, Irving (2016): The placebo effect and psychotherapy. Implications for theory, research, and practice. In: *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice* 3 (2), S. 105–107. DOI: 10.1037/cns0000094.
- Bohn**, Caroline (2009): Im Blick der anderenm Blick der anderen. Das Phänomen der Scham im Kontext der Sozialen Phobie. In: *Deutsche Apotheker Zeitung* 45 (1), S. 16–18, zuletzt geprüft am 10.01.2022.
- Bourdieu**, Pierre (2018): *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Unter Mitarbeit von Bernd Schwibs. 26. Auflage 2018. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Christmann, Gabriela B.** (2016a): Das theoretische Konzept der kommunikativen Raum(re)konstruktion. In: Gabriela B. Christmann (Hg.): Zur kommunikativen Konstruktion von Räumen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 89–117.
- Clifford, James** (1983): On Ethnographic Authority. In: *Representations* 2, S. 118–146. DOI: 10.2307/2928386.
- D’Andrade, Roy** (2005): Some Methods for Studying Cultural Cognitive Structures. In: Naomi Quinn (Hg.): *Finding culture in talk. A collection of methods*. New York: Palgrave Macmillan (Culture, Mind, and Society), S. 83–104.
- Dahrendorf, Ralf** (1971): *Homo sociologicus. Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle*. 10. Auflage Opladen: Westdeutscher Verlag (Uni-Taschenbücher, 28).
- Davies, James** (2019): Lessons from the anthropological field. reflecting on where culture and psychotherapy meet. In: Keir Martin (Hg.): *Psychotherapy, anthropology and the work of culture*. London, New York, NY: Routledge, S. 24–41.
- Davies, James Peter** (2009): *The making of psychotherapists. An anthropological analysis*. London: Karnac.
- Deleuze, Gilles & Guattari, Félix** (1987): *A thousand plateaus. Capitalism and schizophrenia*. Unter Mitarbeit von Trans. B. Massumi. 12. print. Minneapolis, London: University of Minnesota Press.
- Doran, Jennifer M.** (2016): The working alliance. Where have we been, where are we going? In: *Psychotherapy research: Journal of the Society for Psychotherapy Research* 26 (2), S. 146–163. DOI: 10.1080/10503307.2014.954153.
- Dow, James** (1986): Universal Aspects of Symbolic Healing. A Theoretical Synthesis. In: *American Anthropologist* 88 (1), S. 56–69. DOI: 10.1525/aa.1986.88.1.02a00040.
- Eichenberg, Christiane** (2020): Online-Psychotherapie in Zeiten der Corona-Krise. In: Robert Bering und Christiane Eichenberg (Hg.): *Herausforderungen und Lösungsansätze für Psychotherapeuten und soziale Helfer. Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 69–82.
- Fichter-Wolf, Heidi** (2016): Europäisierung als kommunikative Konstruktion kulturräumlichen Wandels in europäischen Grenzregionen. Am Beispiel interkultureller Praktiken in einer deutsch-polnischen Hochschulkooperation. In: Gabriela B. Christmann (Hg.): *Zur kommunikativen Konstruktion von Räumen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 121–154.
- Foucault, Michel** (1980): The confession of the flesh. In: Michel Foucault (Hg.): *Power/knowledge. Selected interviews and other writings 1972-1977*. Unter Mitarbeit von Colin Gordon. New York: Vintage Books, S. 194–228.
- Gandras, Gisela** (2021): *Die Therapeutische Beziehung in der Psychotherapie. Vom Erstgespräch bis zum Therapieabschluss*. Berlin: Springer.
- Garrod, Simon & Pickering, Martin J.** (2004): Why is conversation so easy? In: *Trends in cognitive sciences* 8 (1), S. 8–11. DOI: 10.1016/j.tics.2003.10.016.
- Goffman, Erving** (1976): *Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag*. 3. Aufl., 8.-10. Tsd. München: Piper (Piper-Sozialwissenschaft Texte und Studien zur Soziologie, 20).

- Grawe**, Klaus; Donati, Ruth & Bernauer, Friederike (1994): *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen.
- Grawe**, Klaus, Caspar, Franz & Ambühl, Hansruedi (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation [The Bern therapy comparison study: Comparison of effectiveness and differential indication]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19(4), 338–361.
- Gupta**, Akhil & Ferguson, James (1992): Beyond Culture: Space, Identity, and the Politics of Difference, in: *Cultural Anthropology* 7, S. 6–23.
- Halbwachs**, Maurice (Hg.) (2002): *Soziale Morphologie. Ausgewählte Schriften*. Unter Mitarbeit von Stephan Egger. Konstanz: UVK Verl.-Ges (Édition discours, 19).
- Hamm**, Bernd & Neumann, Ingo (1996): *Ökologische Soziologie*. Opladen: Leske + Budrich (Uni-Taschenbücher Soziologie, 1884).
- Haraway**, Donna (1988): Situated Knowledges. The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. In: *Feminist Studies* 14 (3), S. 575. DOI: 10.2307/3178066.
- Heenen-Wolff**, Susann (2016): Über die Gründe, zu deuten, und jene, es nicht zu tun. Sprechen und Zuhören im analytischen Prozess. In: Dorothea Kutenkeuler und Georg Schäfer (Hg.): *Deutungsprozesse im Wandel. Beiträge zum aktuellen Verständnis der Deutung in der Psychoanalyse*. Originalausgabe. Gießen: Psychosozial-Verlag (Bibliothek der Psychoanalyse), S. 45–62.
- Hermer**, Matthias & Röhrle, Bernd (Hg.) (2008): *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Hine**, Christine (2010): *Virtual ethnography*. Los Angeles: Sage, S. 84–117.
- Howard**, Kenneth I.; Kopta, S. Mark; Krause, Merton S. & Orlinsky, David E. (1986): The dose–effect relationship in psychotherapy. In: *American Psychologist* 41 (2), S. 159–164. DOI: 10.1037/0003-066X.41.2.159.
- Kajimura**, Shogo & Nomura, Michio (2016): When we cannot speak. Eye contact disrupts resources available to cognitive control processes during verb generation. In: *Cognition* 157, S. 352–357. DOI: 10.1016/j.cognition.2016.10.002.
- Kleinman**, Arthur (1988): *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*. New York: Macmillan.
- Knaevelsrud**, Christine; Wagner, Birgit; Böttche, Maria (2016): *Online-Therapie und -Beratung. Ein Praxisleitfaden zur onlinebasierten Behandlung psychischer Störungen*. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe (Therapeutische Praxis).
- Knapp**, Mark L.; Hall, Judith A. & Horgan, Terrence G. (2014): *Nonverbal communication in human interaction*. eighth edition. Boston, MA, Australia, Brazil, Japan: Wadsworth Cengage Learning.
- Läpple**, Dieter (1992): Essay über den Raum. Für ein gesellschaftswissenschaftliches Raumkonzept. In: Hartmut Häußermann und Walter Siebel (Hg.): *Stadt und Raum. Soziologische Analysen*. 2. Aufl. Pfaffenweiler: Centaurus-Verl.-Ges (Stadt, Raum und Gesellschaft, 1), S. 157–207.

- LeCompte**, Margaret D. (2000): Analyzing Qualitative Data. In: *Theory Into Practice* 39 (3), S. 146–154. DOI: 10.1207/s15430421tip3903\_5.
- Lefebvre**, Henri (1991): *The production of space*. Unter Mitarbeit von Donald Nicholson-Smith. Malden, Mass.: Blackwell.
- Loewenthal**, Del (2011): *Post-existentialism and the psychological therapies. Towards a therapy without foundations*. London: Karnac Books.
- Löw**, Martina & Sturm, Gabriele (2016): *Raumsoziologie. Eine disziplinäre Positionierung zum Sozialraum*. In: Fabian Kessl und Christian Reutlinger (Hg.): *Handbuch Sozialraum*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 31–48.
- Luborsky**, Lester & Singer, Barton (1975): Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everywon has one and all must have prizes"? In: *Archives of general psychiatry* 32 (8), S. 995–1008. DOI: 10.1001/archpsyc.1975.01760260059004.
- Mehrabian**, Albert & Ferris, Susan R. (1967): Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. In: *Journal of consulting psychology* 31 (3), S. 248–252. DOI: 10.1037/h0024648.
- Mehrabian**, Albert & Wiener, Morton (1967): Decoding of inconsistent communications. In: *Journal of personality and social psychology* 6 (1), S. 109–114. DOI: 10.1037/h0024532.
- Moerman**, Daniel E. & Jonas, Wayne B. (2002): Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. In: *Annals of Internal Medicine* 136 (6), S. 471–476. DOI: 10.7326/0003-4819-136-6-200203190-00011.
- Mühlhoff**, Rainer (2016): *Immersive Macht*. Dissertation. Freie Universität Berlin; Campus Verlag.
- Nittel**, Karin Silvia & Schneyer, Thomas (2017): *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. In: Tilo Kircher (Hg.): *Kompendium der Psychotherapie. Für Ärzte und Psychologen*. 2., S. 18–24.
- Popitz**, Heinrich (1975): *Der Begriff der sozialen Rolle als Element der soziologischen Theorie*. 4. Auflage. Tübingen: Mohr (Recht und Staat in Geschichte und Gegenwart, 331/332).
- Propach**, Fritz (2017): *Die Phasen einer Psychotherapie. Die Probesitzungen*. Hg. v. therapie.de. Pro Psychotherapie e.V. Online verfügbar unter <https://www.therapie.de/psyche/info/fragen/psychotherapie-ablauf/probesitzungen/>, zuletzt aktualisiert am 13.06.2017, zuletzt geprüft am 15.11.2021.
- Psychotherapie-Informationsdienst**: *Was ist Psychotherapie? Psychotherapie-Informationsdienst*, zuletzt geprüft am 02.03.22 12:29.
- Ruch**, Floyd L. & Zimbardo, Philip G. (1974): *Lehrbuch der Psychologie. Eine Einführung für Studenten der Psychologie, Medizin und Pädagogik*. Berlin, Heidelberg, s.l.: Springer Berlin Heidelberg. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-662-08328-4>.
- Satir**, Virginia; Banmen, John; Gerber, Jane & Gomori, Maria (2011): *Das Satir-Modell. Familientherapie und ihre Erweiterung*. 4. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Schmidt**, Gunther (2018): *Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung*. 8. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer.

- Schroer**, Markus (2019): *Räume der Gesellschaft. Soziologische Studien*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Schuetze**, Paul (2020): From Affective Arrangements to Affective Milieus. In: *Frontiers in Psychology* 11. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.611827.
- Schulz von Thun**, Friedemann (2017): *Das "Innere Team" und situationsgerechte Kommunikation. Kommunikation, Person, Situation*. Unter Mitarbeit von Verena Hars. 26. Auflage, Originalausgabe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo, 60545).
- Seyfert**, Robert (2012): Beyond Personal Feelings and Collective Emotions. Toward a Theory of Social Affect. In: *Theory, Culture & Society* 29 (6), S. 27–46. DOI: 10.1177/0263276412438591.
- Shapiro**, Francine (1989): Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. In: *Journal of Traumatic Stress* 2 (2), S. 199–223. DOI: 10.1002/jts.2490020207.
- Shapiro**, Francine (2001): *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Basic principles, protocols, and procedures*. 2nd print. New York: Guilford Press.
- Simmel**, Georg (1995 (Original 1903)): *Soziologie des Raumes*. In: Georg Simmel, Rüdiger Kramme und Otthein Rammstedt (Hg.): *Gesamtausgabe*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 132–183.
- Slaby**, Jan (2018): Drei Haltungen der Affect Studies. In: Larissa Pfaller und Basil Wiese (Hg.): *Stimmungen und Atmosphären*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 53-81.
- Slaby**, Jan (2019): Relational Affect. Perspectives from Philosophy and Cultural Studies. In: Ernst van Alphen & Tomáš Jirsa (Hg.): *How to Do Things with Affects*. Leiden: Brill, S. 59–81.
- Slaby**, Jan & Mühlhoff, Rainer (2019): Affect. In: Jan Slaby und Christian von Scheve (Hg.): *Affective societies. Key concepts*. London, New York: Routledge Taylor & Francis Group (Routledge studies in affective societies, 3), S. 27–41.
- Slaby**, Jan; Mühlhoff, Rainer & Wüschner, Philipp (2019): Affective Arrangements. In: *Emotion Review* 11 (1), S. 3–12. DOI: 10.1177/1754073917722214.
- Slunecko**, Thomas (2017): *Psychotherapie. eine Lagebestimmung*. In: Thomas Slunecko (Hg.): *Psychotherapie. Eine Einführung*. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Wien, Stuttgart: facultas; UTB GmbH, S. 11–32.
- Smail**, David (2015): *Origins of Unhappiness. A New Understanding of Personal Distress*. London, United Kingdom: Karnac Books.
- Spradley**, James P. (2011): *The ethnographic interview*. Belmont, Calif.: Wadsworth.
- Staats**, Hermann (2017): Die therapeutische Beziehung und ihre Geschwister. In: Hermann Staats (Hg.): *Die therapeutische Beziehung – Spielarten und verwandte Konzepte*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 13–25.
- Stodulka**, Thomas (op. 2021): Fieldwork, Ethnography, and Knowledge Construction. In: Lene Pedersen und Lisa Cliggett (Hg.): *The SAGE handbook of cultural anthropology*. Los Angeles: SAGE Reference, S. 99–118.

- Stodulka**, Thomas; Dinkelaker, Samia & Thajib, Ferdiansyah (2019): Fieldwork, ethnography and the empirical affect montage. In: Antje Kahl (Hg.): Analyzing affective societies. Methods and methodologies. Abingdon, Oxon, New York, NY: Routledge (Routledge studies in affective societies, [4]), S. 279–295.
- Unger**, Alexander (2010): Virtuelle Räume und die Hybridisierung der Alltagswelt. In: Petra Grell, Winfried Marotzki und Heidi Schelhowe (Hg.): Neue digitale Kultur- und Bildungsräume. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Medienbildung und Gesellschaft, 12), S. 99–117.
- Watzlawick**, Paul; Bavelas, Janet Beavin; Jackson & Don De Avila (2014): Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes. First published as a Norton paperback 2011, reissued 2014. New York: W. W. Norton & Company.
- Weller**, Susie (2017): Using internet video calls in qualitative (longitudinal) interviews: some implications for rapport. In: International Journal of Social Research Methodology 20 (6), S. 613–625. DOI: 10.1080/13645579.2016.1269505.
- Willi**, Jürg (2005): Die therapeutische Beziehung aus systemischer und beziehungsökologischer Sicht. In: Wulf Rössler (Hg.): Die therapeutische Beziehung. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg, S. 60–80.